

Tio år med aktivitetsersättning

- en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Slutsatser	10
Förslag	13
Inledning.....	14
Uppdraget.....	17
Disposition – läsanvisning.....	18
Övergripande frågeställningar.....	19
Metod.....	19
Aktivitetsetsättning över tid – en överblick	21
Aktivitetsetsättning på grund av nedsatt arbetsförmåga	27
Tiden före aktivitetsetsättning	28
Finns en överrisk för aktivitetsetsättning beroende av när på året man är född? ..	32
Utbildning och synen på stöd i skolan	34
Under tiden med aktivitetsetsättning	35
Hur ser individer och föräldrar på samhällets stöd?	40
Samordningsuppdraget i praktiken.....	45
Litteraturöversikt över psykisk funktionsnedsättning och arbete- vad fungerar?... 	64
Vad pågår i våra gränsländer?	72
Vad pågår inom samordningsförbunden?	74
Framtid, ekonomi och arbetsmarknad	77
Den ekonomiska situationen för unga med aktivitetsetsättning	82
Trygghet och familjen	93
Vad gör arbetsgivare?	98
Referenser	102
Bilagor	104

Sammanfattning

I samband med införandet av ett helt nytt pensionssystem 2003 byttes rätten till förtidspension för unga mellan 16 – 29 år ut mot en ny socialförsäkringsförmån, aktivitetsersättning. Ingen skulle längre kunna beviljas sjukersättning eller "förtidspensioneras" innan man fyllt 30 år.

Redan innan 2003 hade Försäkringskassan ett uppdrag att erbjuda, planera och samordna arbetslivsinriktad rehabilitering för personer som uppbär ersättning från socialförsäkringen då sjukdom lett till nedsatt arbetsförmåga. Detta kallas för Försäkringskassans samordningsuppdrag.

I samband med införandet av aktivitetsersättning 2003 utökades samordningsuppdraget. Det nya uppdraget innebär att identifiera behov av samordning, verka för rehabiliterande och/eller aktiverande insatser för individer med aktivitetsersättning samt utöva tillsyn över de insatser som tillhandahålls av andra aktörer för denna grupp. Det nya systemet med aktivitetsersättning syftade dels till att ge ekonomisk trygghet, dels att genom aktivering ge en ökad grad av självständighet för unga med funktionshinder vid inträdet i vuxenlivet. Försäkringskassan fick i samband med detta ett utökat uppdrag att finansiera olika aktiviteter. Syftet med aktiviteter under tid med aktivitetsersättning är att de ska ha en gynnsam inverkan på sjukdomen och därmed öka den fysiska eller psykiska funktionsförmågan. I möjligaste mån gäller det att tillvarata den unges möjligheter till utveckling och arbete i ungdomsåren för att hindra utslagning och isolering.

I juli 2012 hade sammanlagt 31 034 unga vuxna aktivitetsersättning, varav 6 033 för förlängd skolgång och resterande 25 001 på grund av nedsatt arbetsförmåga. Tre av fyra av dem som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har någon form av psykisk funktionsnedsättning och mer än nio av tio har hel ersättning.

I oktober 2011 fick Försäkringskassan ett uppdrag av regeringen att genomföra en studie av situationen för unga som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Försäkringskassan ska också lämna förslag på hur samverkan kan effektiviseras.

Så här har vi gjort

Denna rapport redovisar resultaten av Försäkringskassans undersökning. Flera olika metoder har använts för att studera situationen för unga med aktivitetsersättning. En systematisk genomgång av handläggningen av enskilda ärenden har genomförts. Intervjuer av Försäkringskassans handläggare och enhetschefer har genomförts. Befintliga utvärderingar och rapporter från Samordningsförbund har samlats in och studerats. Enkäter har skickats till två grupper av individer – personer som vid tillfället hade aktivitetsersättning och personer yngre än 29 år som nyligen avslutat en tid med aktivitetsersättning utan att övergå till sjukersättning. Registeruppgifter från Försäkringskassan, uppgifter från Socialstyrelsen om stöd enligt LSS¹ och uppgifter om arbetsmarknadsstatus från Arbetsförmedlingen har sammanställts och bearbetats.

På uppdrag av Försäkringskassan har ett externt undersökningsföretag (Augur) genomfört djupintervjuer med personer, och föräldrar till personer, med aktivitetsersättning. Resultaten redovisas i två underlagsrapporter som biläggs rapporten. Dessutom har, på uppdrag av Försäkringskassan, Institutionen för Arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet genomfört en omfattande litteraturstudie som utgör en underlagsrapport till denna rapport. Syftet med studien var att få fram vilka metoder som är effektiva för att aktivera och stödja inträde i arbetskraften av unga personer med psykiska funktionshinder. Samma forskargrupp har också översiktligt berört vilka strategier som används i Norge, Danmark, Finland och Storbritannien.

Tiden före aktivitetsersättning

Mer än sex av tio bland alla som beviljas aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har en funktionshinderförmån innan ersättningen beviljas (2011). Vårdbidrag och aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång är vanligast. Från intervjustudier och enkäter framkommer tydligt att många upplever att de saknar adekvat stöd redan under skoltiden. Framförallt gäller detta de unga som gått i den

¹ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

vanliga skolan. De uppger i stor utsträckning en avsaknad av stöd och förståelse för sin funktionsnedsättning.

Drygt fyra av tio som har aktivitetsersättning har gått i någon form av särskola och har där i högre grad upplevt stöd och förståelse för sin funktionsnedsättning till skillnad från de som gått i "vanlig" skola.

I den registerstudie som genomförts har vi funnit en överrisk för framförallt unga födda i slutet av året att beviljas aktivitetsersättning för förlängd skolgång jämfört med barn födda i början av året. Vi har inte kunnat undersöka närmare varför det är så inom ramen för detta uppdrag men konstaterar att frågan om varför förhållandet är på detta sätt behöver utredas.

Under tiden med aktivitetsersättning

Vi har delat in personer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga i tre olika kategorier.

- Ca fyra av tio med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har samtidigt ett beslut om rätt till stöd enligt LSS och en stor del i den gruppen deltar också i daglig verksamhet.
- Ca 12 procent har någon form av insats genom Arbetsförmedlingen. Huvuddelen (7 procent) av de som är inskrivna på Arbetsförmedlingen är registrerade som arbetssökande. Återstående ca 5 procent deltar i någon form av arbetslivinriktad rehabilitering. En mindre grupp av de inskrivna på Arbetsförmedlingen har samtidigt beslut om stöd enligt LSS.
- I den återstående och största gruppen (ca 48 procent) har ungefär var fjärde individ haft en aktivitet beviljad enligt reglerna för aktivitetsersättning. De flesta aktiviteter är idrottsaktiviteter av något slag. Därutöver förekommer olika aktiviteter som kommunen ordnar med stöd av bl. a socialtjänstlagen som Försäkringskassan har mindre kännedom om. En stor andel av denna grupp uppger i enkäten att de får varken det stöd de behöver från Försäkringskassan eller kommunen.

Av enkäter och intervjuer framkommer att många *upplever* att de inte har en plan med Försäkringskassan och att Försäkringskassan kan vara betydligt mer aktiv i att samordna insatser och aktiviteter. För en del är även syftet med aktiviteter och ersättningen oklart.

Av enkätundersökningarna framgår att såväl hos dem som haft aktivitetsersättning som hos dem som har en pågående aktivitetsersättning finns det en uttalad rädsla för att bli av med sin ersättning.

Sex av tio av de som avslutade en period med aktivitetsersättning under 2009 var 29 år och nästan nio av tio i den gruppen övergick till sjukersättning. De har hittills haft möjligheten att bli beviljade tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelser som nu upphör i december 2012. Efter december 2012 kan sjukersättning beviljas enbart till personer vars arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt för all överskådlig framtid. Ca fyra av tio som avslutar en period med aktivitetsersättning under 2009 var under 29 år. Av enkät-undersökningen till dem som har avslutat en period med aktivitetsersättning uppger ca 20 procent att de gjort det av egen vilja. Bara en av fem som slutat av egen vilja tycker i efterhand att beslutet var rätt för dem. En dryg tredjedel av de som slutat med aktivitetsersättning har lön från arbete månaderna efter övergången. Resten är beroende av andra.

Försäkringskassans samordningsansvar

Vid en systematisk genomgång av hur Försäkringskassan lever upp till sitt samordningsuppdrag i enskilda ärenden framträder en bild av hur långa perioder av inaktivitet uppstår för många försäkrade. Planer görs upp och insatser påbörjas, men arbetet med systematisk uppföljning måste utvecklas och intensifieras. De personliga handläggarna behöver ägna mer tid åt att följa sin egen planering och en del av de försäkrade åläggs i många fall ett alltför stort ansvar för att leda sin egen process, ordna möten med Försäkringskassan mot bakgrund av sin funktionsnedsättning.

Vidare indikerar studien av enskilda akter att alla ärenden inte behandlas lika. De fall där det finns beslut om daglig verksamhet via LSS handläggs ofta med utgångspunkt i att den försäkrade är "omhändertagen" av kommunen. I andra fall kan konstateras att den personliga handläggaren ofta tvingas handla på ett reaktivt sätt utan att i

grunden veta vilka behov av samordning som finns i varje enskilt ärende. Resultatet blir då att handläggarna prioriterar ärenden där den försäkrade själv är pådrivande.

Studien visar att ett mer proaktivt arbetssätt, som prövats på senare tid, ger ännu mer arbete för den personliga handläggaren om handläggaren ska uppfylla sitt samordningsansvar på ett tillfredställande sätt. Detta tyder på ett behov av att mer tid avsätts för att arbeta med gruppen, dels ett behov av att differentiera mellan ärenden för att kunna ägna rätt tid i rätt fas av processen för individerna.

Generellt kan sägas att Försäkringskassan måste strukturera och effektivisera handlägningsprocessen på området och definiera ambitionsnivån för Försäkringskassans samordningsuppdrag. Studien tyder på ett behov av att utöka samarbetet med kommunerna.

Försäkringskassans arbete försvåras allmänt av brister på en systematiskt uppdaterad och aktuell information i varje ärende. Handläggarnas arbete med samordningsuppdraget skulle kunna förbättras betydligt med en strukturerad överföring av grundläggande information från den behandlande läkaren i de fall individen fortfarande får medicinsk behandling, samt information från kommunerna och Arbetsförmedlingen. Exempelvis kan informationen från hälso- och sjukvården vara inriktad på att läkaren signalerar när det är lämpligt för Försäkringskassan att arbeta aktivt med en individ och vad som Försäkringskassan kan bidra med att förbättra individens tillstånd och möjligheter att ta sig framåt. Försäkringskassan behöver också få frekvent uppdaterade uppgifter om individer i LSS verksamheter hos kommunen, om aktiviteter som sker i kommunens regi utan finansiellt stöd av Försäkringskassan samt uppgifter om personer som deltar i olika program med arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetssökande aktiviteter. Allt detta saknas idag. Uppgifter om aktiviteter i Arbetsförmedlingens regi finns redan idag på Försäkringskassan men användningen i administration och uppföljning behöver utvecklas. Överhuvudtaget behöver Försäkringskassan systematiskt följa upp arbetet på såväl individ- som systemnivå för att kunna utvärdera hur väl samordningsprocessen fungerar.

En systematisk kunskapsöversikt

Enligt den systematiska litteraturgenomgången finns nu tillräckligt många studier utförda med en randomiserad design för att slå fast att metoden IPS (Individual Placement & Support) utgör en evidensbaserad och effektiv metod med inverkan på de arbetsrelaterade målvariablerna normalt arbete, arbete med stöd och arbetsaktivitet. Detta framgår av den omfattande litteraturstudien som gjorts av forskare på Institutionen för Arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet. Forskarna bakom litteraturstudien och andra svenska forskare pekar dock på praktiska svårigheter vid tillämpning av en renodlad IPS-strategi i en svensk kontext. För det första bygger IPS på en tillämpning i omvänd ordning från vad som är vanligt i Sverige. Enligt IPS- metoden sker arbetsplacering eller anställning först och därefter utbildning. Därutöver finns ännu inga IPS -studier genomförda i Sverige med en randomiserad design. Detta gör att det är svårt att veta hur pass väl metoden skulle kunna fungera i Sverige. De framgångsrika resultaten kommer i huvudsak från försök i USA där avsaknaden av de omfattande regler inom arbesträttens område som finns i Sverige gör det lättare för arbetsgivaren att ta risken att anställa personer med psykiska funktionshinder.

Vid genomgång av utredningsmaterial och studier i våra grannländer kan konstateras att andelen individer med olika former av psykiska diagnoser överensstämmer med svenska erfarenheter (ca 75 – 80 procent av individerna i motsvarande situationer har psykiska funktionsnedsättningar). Likaså bekräftas att IPS är den metod som nu förordas i dessa länder.

Den genomgång av utvärderingar via samordningsförbunden som gjorts inom ramen för projektet visar att varianter av metoden Supported Employment ofta används i Sverige. Men det är brist på strukturerade uppföljningar och utvärderingar vilket också påpekats av Inspektionen för socialförsäkringen. Bland de projekt som har följts upp har ingen en design som gör att man kan konstatera att den tillämpade metoden var överlägsen de rutiner som normalt används av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Samtliga uppföljningar som vi har tagit del av lider av selektionsproblem och kan därför inte användas som stöd för metoden som sådan,

dvs. det kan vara så att individer som deltagit i projekten hade ändå kommit ut i arbetskraften utan den resursförstärkning som projektet innebar. Väl designade studier i den svenska kontexten behövs därför för att kunna utvärdera effekter av metoden.

Försäkringskassan genomför nu med finansiellt stöd från europeiska socialfonden (ESF) en sådan randomiserad studie av metoden Supported Employment. Behov finns också för att närmare studera den evidensbaserade i IPS-metoden i en svensk kontext. Försäkringskassan kommer inom ramen för det utvecklingsarbete som nu genomförs i samverkan med Arbetsförmedlingen verka för att flera randomiserade studier kan genomföras för unga som har aktivitetstersättning och är på väg in i en arbetslivsinriktad rehabilitering.

Att avsluta en tid med aktivitetstersättning

Att avsluta en period med aktivitetstersättning före 29 års ålder indikerar att individen bedöms kunna klara ett arbete på arbetsmarknaden. Av de som avslutade en period med aktivitetstersättning under 2009 och som var under 29 år var nästan tre av fyra inskrivna hos arbetsförmedlingen och drygt hälften hade en pensionsgrundande inkomst av förvärvsarbete under 2010.

På arbetsmarknaden, och särskilt tydligt inom den offentliga sektorn, finns få anställda med olika former av anställningsstöd. Särskilt tydligt gäller det statliga myndigheter och landsting. Av sammanlagt 12 935 unga vuxna mellan 20 – 30 år i vissa program för funktionsnedsatta (lönebidrag, trygghetsanställning, offentligt skyddat arbete m.fl.) återfanns i maj 2012 endast 155 individer hos de statliga myndigheterna eller landstingen. Huvuddelen av de unga med funktionsnedsättningar återfanns i den privata sektorn hos mindre, enskilda företag.

Hur ser ekonomin ut på längre sikt?

Den ekonomiska standarden mätt på tre olika sätt visar att den är lägre för de som har aktivitetstersättning jämfört med övriga i motsvarande åldersgrupp och skillnaderna ökar kraftigt över tid. Detta blir särskilt tydligt när utvecklingen efter fyllda 30 år följs upp. En klar risk för livslång låg ekonomisk standard kan förväntas om inte beroendet av sjukförsäkringen kan brytas. Studien visar också att när

individen får lön för eget arbete efter en tid med aktivitetsersättning minskar beroendet av ekonomiskt stöd från familjen.

Personer med aktivitetsersättning är trots allt förhållandevis optimistiska om framtiden. Mer än åtta av tio i den grupp som finns registrerade hos Arbetsförmedlingen vill söka en anställning och det vill också två av tre som huvudsakligen finns hos Försäkringskassan.

Den grupp som har beslut om stöd enligt LSS har en delvis annan syn på arbete/sysselsättning. Mer än tre av fyra tror på en framtid med någon form av sysselsättning/arbete inom daglig verksamhet.

Slutsatser

Samhället kan göra betydligt mer för att unga med funktionshinder ska komma in på arbetsmarknaden.

Redan under skolgången är det många av de med funktionshinder som inte får det stöd de behöver. Framförallt gäller det de unga som gått i den vanliga skolan. När ansökan om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga inkommer till Försäkringskassan har den ofta föregåtts av andra socialförsäkringsförmåner som vårdbidrag och aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång.

Det finns en överrisk för barn födda i slutet av året att beviljas aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång jämfört med barn födda i början av året. Mer kunskap behövs för att förstå de bakomliggande orsakerna till den överrisk vi funnit i studien.

Ca fyra av tio med aktivitetsersättning har rätt till stöd enligt LSS och en stor del i den gruppen deltar också i daglig verksamhet. Undersökningen visar att denna grupp generellt sett får det stöd de behöver. För övriga finns en stor skillnad mellan upplevt behov av stöd och vad man får. Sex av tio som inte omfattas av LSS upplever att de inte har en plan för den närmaste framtiden. Föräldrar till barn med funktionshinder utgör ett viktigt stöd vid övergången att bli vuxen och självständig. När vissa av dessa barn med funktionshinder blir myndiga uppstår vissa problem i kontakten mellan myndigheten, barnen och föräldrarna utifrån gällande sekretessregler.

Försäkringskassan, som har samordningsansvar för hela gruppen, kan konstatera att uppdraget är resurskrävande. Uppföljning av enskilda individer behöver utvecklas

och sannolikt genomföras mer frekvent. Ett problem med samordningsansvaret är också att det upplevs vara gränslöst. Var går gränsen för vad som omfattas av Försäkringskassans samordningsuppdrag? Utredningen visar på ett behov att intensifiera insatserna för att stödja de individer som eventuellt kan integreras i in ett normalt arbetsliv.

Försäkringskassan har den samordnande rollen men är helt beroende av att andra aktörer i samhället gör sitt arbete. Ett utvecklat lokalt samarbete och tydligare ansvarstagande från de offentliga aktörerna i samverkan med det lokala näringslivet skulle kunna skapa förutsättningar för ett bättre stöd för de enskilda individerna.

Aktuell information om individernas status saknas från såväl kommun som hälso- och sjukvård. Försäkringskassan vet för lite om de olika insatser som pågår kring denna grupp, vilket bidrar till att myndigheten i många fall har svårt att klara sitt uppdrag. Vad som saknas i nuläget är *systematisk* information från hälso- och sjukvården och kommunerna. Vi vet exempelvis inte om individen har beslut om LLS eller ej (boendestöd, daglig verksamhet mm). Ofta vet vi inte heller vilka begränsningar/möjligheter som finns för individen såväl sett i ett längre perspektiv som vid en specifik tidpunkt. Den främsta informationskällan i nuläget, utöver den information som finns som underlag vid beviljande av ersättningen, är individen själv vid ett planeringsmöte. Långt ifrån alla individer som skulle behöva det har tillräcklig kontakt med Försäkringskassan för att myndigheten ska kunna vara tillräckligt insatt och stödjande där det behövs. Slutsatsen blir att Försäkringskassans samordningsinsatser behöver utvecklas för att det ansvar som vilar på myndigheten ska uppfyllas.

En svaghet i nuvarande struktur med samordningsförbund och annan samverkan mellan myndigheter är att en stor del av tillgängliga resurser kanaliseras via tidsbegränsade projekt. Samordningsförbunden ger stöd åt olika projekt för denna målgrupp men implementeringen av framgångsrika projekt är svår. Resurser saknas många gånger och projektperioder med aktiva insatser avlöses ofta med perioder av

passivitet. Ingen utvärdering av effekter av den verksamheten finns. Dessutom saknas evidens för de metoder som tillämpas i projekten.

Inom ramen för den litteraturstudie som genomförts framkommer att metoden Individuell arbetsplacering och stöd (Individual Placement and Support IPS) är den enda evidensbaserade metoden i dagsläget. En särskild studie som genomförts inom ramen för uppdraget visar att det finns vetenskaplig evidens för arbetsmetoden IPS – en metod där individen, med hjälp av en coach och kontinuerligt stöd av en medicinsk ansvarig/terapeut eller dylik, placeras mer eller mindre direkt på en arbetsplats. De studier som visar att metoden är mycket framgångsrik har bedrivits framför allt i Anglo-Saxiska länder. För att uppnå samma effekt med de arbetsrättsliga regler som finns i Sverige är det troligt att lönesubventioner måste användas i många – om inte de flesta fallen. Hittills finns inga evidensbaserade studier från Sverige för denna eller för de metoder som idag tillämpas. Metoden behöver därför utvärderas i en svensk kontext.

Ett hinder för återgång i arbete är en uttalad rädsla för att bli av med aktivitetsersättningen. Merparten av de som lämnat aktivitetsersättning och är under 30 år är helt ekonomiskt beroende av andra. De flesta individer som kommer så långt som till Arbetsförmedlingen är osäkra på sin förmåga att klara ett normalt arbete och upplever att de inte får det stöd de behöver för att klara sig. Dessutom anger de flesta som tagit steget dit att rädslan att bli av med sin försörjning utgör ett hinder för att pröva en övergång till arbetsmarknaden, trots att en relativt stor procent har ett normalt arbete som mål. Konflikten mellan trygghet och arbetslinjen är tydlig. Studien visar bland annat att offentliga arbetsgivare bättre borde kunna leva upp till sitt ansvar att anställa individer med funktionshinder. Mindre, privata, arbetsgivare står för merparten av anställningar med olika former av lönestöd. Att komma in på arbetsmarknaden är generellt svårt för unga individer och särskilt svårt för individer med funktionshinder. Offentlig sektor borde kunna ta ett större ansvar för anställningar med olika former av lönestöd.

Nio av tio som har aktivitetsersättning fram till 30 års ålder övergår till sjukersättning. Studien visar att det finns en hög risk för lång och varaktigt låg ekonomisk standard

för denna grupp. En övergång till sjukersättning på grund av funktionshinder leder till relativ fattigdom.

Förslag

Försäkringskassan arbetar för närvarande med två olika regeringsuppdrag som berör samverkan och bedömning av arbetsförmåga för gruppen med aktivitetsersättning. I en delrapport till regeringen den 15 juni beskrivs mer utförligt det pågående utvecklingsarbetet mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen kring unga med aktivitetsersättning. En slutredovisning lämnas i februari 2013. Vidare arbetar Försäkringskassan med ett uppdrag att utveckla metoder för bedömning av arbetsförmåga i förhållande till anpassat arbete. Detta arbete kommer att slutredovisas i mars 2013. Försäkringskassan vill därför återkomma vid ett senare tillfälle med mer genomarbetade förslag till hur det fortsatta arbetet med denna grupp kan effektiviseras. Redan nu kan konstateras att:

- Försäkringskassan behöver ytterligare utveckla metoder för handläggning och samordning som ger adekvat stöd i de individuella fallen.
- Försäkringskassan behöver utveckla de informationssystem som behövs för att samordna insatser för individer. Detta kan komma att innebära system för inhämtning av aktuell individinformation från olika aktörer.
- Vidare behövs en utveckling av egna interna informations- och uppföljningssystem.
- Försäkringskassan vill att regeringen överväger att ge Försäkringskassan och berörda myndigheter i uppdrag att studera bakomliggande orsaker till den överrisk för förlängd skolgång som konstaterats.
- Försäkringskassan vill i samarbete med arbetsförmedlingen genomföra studier med syfte att studera effekter av olika metoder för att öka anställningsbarheten hos individer med aktivitetsersättning.

Inledning

Förtidspension till unga vuxna med funktionsnedsättning ersattes av ett helt nytt system med aktivitetsersättning i samband med introduktionen av det nya pensionssystemet 2003. Aktivitetsersättning som en del av sjukförsäkringen fyller 10 år den första januari 2013.

Det finns en dubbelhet vid statligt stöd för försörjning till unga med funktionshinder och den är inte ny. Å ena sidan att ge en grundläggande ekonomisk trygghet till individer som på grund av svåra och omfattande funktionsnedsättningar sannolikt aldrig kommer kunna etablera sig på arbetsmarknaden och å andra sidan att aldrig ge upp hoppet om att kunna utföra någon form av arbete efter habilitering eller rehabilitering. För många innebär det en grundläggande konflikt mellan trygghet och arbetslinjen.

Redan under 1950-talet (SOU 1951:47) kan man ta del av uttalanden om sarskoleelevers rätt till förtidspension. Om en funktionshindrad person ” vid skolans slut innehar en avsevärd förtidspension kan detta sålunda ha till följd att hans inträde i förvärvsarbete och anpassning till samhällslivet fördröjes eller hindras”. 16 år var då den nedre gränsen för rätt till invalidpension och senare (fr.o.m. 1960) för rätt till förtidspension. I samband med ålderspensionsreformen, 40 år senare, aktualiserades nya åldersgränser och ett helt nytt system med förtidspension för unga.

Förtidspensionsutredningen, som ligger till grund för aktivitetsersättningen, (SOU 1997:166) föreslog att den nedre gränsen för rätt till förtidspension skulle höjas från 16 till 19 år och att en habiliteringspenning skulle införas. De bärande motiven för detta var att 16-årsgränsen var otidsenlig och att ingen skulle kunna bli förtidspensionerad före 30-års ålder. Den lägsta inträdesåldern skulle anpassas till den normala tidpunkten för avslutade gymnasiestudier(SOU 1998: 106).

I regeringens förslag prop. 2000//01:96) om nya regler för förtidspension till unga föreslogs en ändrad åldersgräns till 19-29 år, namnbyte till aktivitetsersättning och ändrade beräkningsgrunder för ersättningen.

I samma proposition ändrades också den övre åldersgränsen för föräldrars rätt till vårdbidrag för barn från 16 år till 19 år. Vidare föreslogs att försäkrade med

funktionshinder i den aktuella åldersgruppen skulle få rätt till aktivitetsersättning utan någon prövning av arbetsförmågan så länge som studier bedrevs på grundskole- eller gymnasienivå. Försäkringskassan fick samtidigt ansvaret för att samordna de insatser som behövs och samtidigt se till att åtgärder vidtas för att underlätta för den försäkrade att delta i aktiviteter.

Reformen syftade till att i högre grad än tidigare system inte bara tillgodose ekonomisk trygghet utan även stödja möjligheten för unga med funktionshinder till ökad självständighet och ytterst via aktivering ge en ökad grad av självförsörjning. Syftet med aktiviteterna är att de ska ha en gynnsam inverkan på sjukdomen och därmed på den fysiska eller psykiska funktionsförmågan. Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång syftar till att stimulera personer med funktionshinder att skaffa sig en grundläggande utbildning (prop.2000/01:96). Aktivitetsersättning till unga med funktionshinder med ökade möjligheter till aktiviteter blev samhällets försök till lösning på konflikten mellan trygghet å ena sidan och arbetslinjen å den andra sidan.

Rätten till delaktighet i samhällslivet slås även fast i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Sektorsansvariga aktörer ska "främja att personer med funktionsnedsättning tillägnar sig arbetslivserfarenhet på den öppna arbetsmarknaden". Ändå är det många personer med funktionsnedsättning som står utan en meningsfull sysselsättning eller arbete.

Forskning om samverkan och Försäkringskassans samordningsuppdrag

Redan för mer än tio år sedan talades det om *samverkan* som välfärdsstatens nya arbetsform (Danemark & Kullberg, 1999). Sedan dess har det bedrivits en intensiv forskning kring vilka faktorer som främjar och försvårar samverkan mellan myndigheter. Därför har vi idag en relativt god kunskap om vilka förutsättningar som krävs för att samverkan mellan olika välfärdsaktörer ska fungera.

Forskning visar att kulturella skillnader mellan organisationer och professioner ofta leder till att de samverkande organisationerna arbetar med olika mål för samverkan (Franche, Baril, Shaw, Nicholas, & Loisel, 2005; Hultberg, Lönnroth, & Allebeck, 2005). Detta kan ha att göra med skillnader i status mellan olika professioner i samverkan (King, Waghorn, Lloyd, McLeod, McMahon, & Leong, 2006) eller på bristande

kommunikation mellan inblandade professioner. Att de olika organisationsrepresentanterna har kommunikationsproblem hänger i sin tur ofta samman med att de har bristande kunskaper om och förståelse för varandras perspektiv och uppdrag (Metzel, Foley, & Butterworth, 2005). Bristande kunskaper om de andra aktörerna innebär ofta bristande förtroende. Bristande förtroende kan i sin tur ge upphov till revirtänkande där den egna organisationens mål och intressen tillåts styra aktörernas handlande (Ståhl, Svensson, Petersson, & Ekberg, 2009; Tjulin, Edvardsson Stiwné, & Ekberg, 2009).

För att hantera dessa skillnader och problem behövs en gemensam kultur i samverkan (Briand, Durand, St-Arnaud, & Corbiere). Det kan t.ex. betyda att de samverkande professionerna och organisationerna skapar gemensamma arbetssätt, som utgår ifrån ett gemensamt synsätt på målgruppens behov av stöd och hjälp (Gard & Larsson, 2006). Gemensamma synsätt kan skapas genom sektorsövergripande utbildningsinsatser (Norman & Axelsson, 2007) eller andra former av gemensamma mötesplatser. En tätare kontakt professionerna emellan kan bidra till ökat förtroende och förståelse för varandras roller och kulturer (Gard & Larsson, 2006). Samverkan på rehabiliteringsområdet bör vidare inriktas mot en tydligt definierad målgrupp och omfatta alla relevanta aktörer för att vara så effektiv som möjligt. Slutligen har studier visat på vikten av ett ledarskap som respekterar och balanserar alla inblandade professioner och organisationer (McColl, Shortt, Godwin, Smith, Rowe, O'Brien et al., 2009). Det är också viktigt att det finns en stark förankring för verksamheten inom de samverkande organisationerna.

Försäkringskassans samordningsuppdrag

Försäkringskassans samordningsuppdrag är reglerat i Socialförsäkringsbalken. Samordningsuppdraget har två olika perspektiv: dels på strukturell nivå dels på individnivå. Detta samordningsuppdrag fick Försäkringskassan redan 1992. På strukturell nivå handlar samordningsuppdraget om att skapa förutsättningar för en effektiv samverkan mellan flera aktörer inom rehabiliteringsområdet så att arbetet på individnivå ska fungera smidigt. Det innebär att på individnivå samordna insatser från olika aktörer för att individen så snart som möjligt ska kunna få eller återfå arbetsförmåga.

Personer med aktivitetsersättning skiljer sig från andra personer i sjukförsäkringen på det sättet att många aldrig har haft någon kontakt med arbetslivet och att de samtidigt står på tröskeln till ett vuxenliv med de förändringar som det innebär. Samordningsuppdraget innebär att, där förutsättningar finns, ge individen det aktiva stöd som krävs för att möjliggöra en rehabiliteringsprocess. För det krävs att det finns ett medicinskt underlag som innehåller information om individens rehabiliteringsbehov. Det krävs också i många fall ett omfattande utredningsarbete med andra aktörer som har kännedom om individens förutsättningar för arbete eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Behovet av uppföljning av insatser behöver ske med en viss regelbundenhet. Det finns ofta ett behov av både sociala, medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser vilket ställer höga krav på Försäkringskassans uppdrag att samordna rehabiliteringsinsatserna. Detta är ett resurskrävande arbete men kan möjliggöra stora vinster på det individuella planet men också stora vinster ur ett samhällsperspektiv.

Reformen med aktivitetsersättning 2003 syftade till att i högre grad än tidigare tillgodose ekonomisk trygghet och även stödja möjligheten för unga med funktionshinder till ökad självständighet och ytterst via aktivering ge en ökad grad av självförsörjning.

Syftet med aktiviteterna är att de ska ha en gynnsam inverkan på sjukdomen och därmed på den fysiska eller psykiska funktionsförmågan. Försäkringskassan fick i samband med reformen ansvaret för att samordna de insatser som behövs och samtidigt se till att åtgärder vidtas för att underlätta för den försäkrade att delta i aktiviteter.

Uppdraget

Försäkringskassan fick den 20 oktober 2011 i uppdrag att genomföra en studie av situationen för unga som beviljats **aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga**.

Syftet med studien är att få större kunskap om vilka insatser som vidtas för att öka arbetsförmågan och stödja ungdomar att hitta en väg in på arbetsmarknaden. I

uppdraget ingår att närmare beskriva gruppen unga som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga samt att kartlägga vilka insatser och åtgärder som görs av olika aktörer för gruppen. Försäkringskassan ska också lämna förslag på hur samverkan kan effektiviseras.

Den 2 april 2012 (Dnr 69161/2011) redovisades några resultat från registeranalyser av unga med aktivitetsersättning, vilka som haft annan funktionshinderförmån och den ekonomiska standarden hos gruppen jämfört med övriga i motsvarande ålder. Vidare redovisades resultat från en aktstudie hos Försäkringskassan.

I denna slutrapport är avsikten att försöka besvara ett antal frågeställningar kring unga med aktivitetsersättning med nedsatt arbetsförmåga.

Försäkringskassan har under våren 2012 genomfört två externa seminarier om uppdraget och vid dessa haft samråd med berörda myndigheter och handikappförbund.

Disposition – läsanvisning

Här ges en kort beskrivning av hur rapporten är upplagd.

Resultatet av studien bygger på uppgifter från flera olika källor och från delstudier som genomförts inom ramen för detta regeringsuppdrag. Delar av det som redovisades i delrapporten från april 2012 återges i denna slutrapport men har kompletteras med ytterligare data som insamlats och bearbetats senare. Till rapporten fogas tre underlagsrapporter från externa uppdrag: Djupintervjuer med personer som har aktivitetsersättning och med föräldrar samt en omfattande systematisk litteraturstudie.

Rapporten inleds med några övergripande frågeställningar som vi försöker besvara med insamlade data. Metodavsnittet är avsiktligt kortfattat med en mer utförlig redovisning använda data, definitioner av begrepp samt en bortfallsanalys av enkätdata. Detta redovisas i bilagor till rapporten.

Rapporten inleds med en översiktlig beskrivning av utvecklingen av unga med förtidspension och senare aktivitetsersättning från 1994 och framåt.

Redovisningen av resultaten presenteras under tre olika avsnitt tänkta att spegla perioder före, under och efter perioder med aktivitetsersättning. Beskrivningen inleds med en beskrivning av tiden före och inflödet till aktivitetsersättning. Därefter redovisas vilka aktiviteter och insatser som unga vuxna med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är föremål för. Avsnittet om Försäkringskassans roll att planera för och samordna insatser under tid med aktivitetsersättning följs av ett avsnitt om kunskapsläget kring vilka insatser som är verkningsfulla enligt den vetenskapliga litteraturen på området. Avslutningsvis redovisas situationen för utflödet från aktivitetsersättning, den ekonomiska situationen tiden efter samt kort om vad arbetsgivare gör för att anställa unga med funktionshinder.

Övergripande frågeställningar

- Vem får aktivitetsersättning och hur är gruppen sammansatt?
- Vilka aktiviteter pågår under tid med aktivitetsersättning?
- Hur ser samordning och samverkan mellan myndigheterna ut?
- Hur fungerar övergången till arbetslivet?

Metod

Denna rapport redovisar resultaten av Försäkringskassans undersökningar. Flera undersökningar med olika metoder har genomförts för att studera situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga och för att kartlägga vilka insatser som pågår:

- *Registeruppgifter från Försäkringskassan*

Försäkringskassans registeruppgifter har använts för att beskriva utvecklingen av individer med aktivitetsersättning sedan 2003 samt att närmare beskriva hur gruppen ser ut under ett urval av år. Detta har också använts som underlag för urval till enkätundersökningar och individintervjuer.

- *Uppgifter från Socialstyrelsen om personer som omfattas av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och från Arbetsförmedlingen (AF) om arbetsmarknadsstatus.*

Dessa uppgifter har inhämtats och använts för en mer detaljerad uppdelning av gruppen som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Med stöd av dessa uppgifter har vi skapat tre delgrupper: individer med LSS, individer som har insatser från Arbetsförmedlingen och en grupp som består av individer som huvudsakligen är aktuella på Försäkringskassan som inte har rätt till LSS. Den består av personer som kan ha insatser från kommunerna, t.ex. enligt Socialtjänstlagen (SoL) och/eller har aktiviteter som finansieras av Försäkringskassan. De som är aktuella på Arbetsförmedlingen delas vidare upp i två grupper: "närmare arbetsmarknaden" och "arbetsrehabiliterande åtgärder" varav den första gruppen är de som är arbetssökande, har skyddad anställning, lönebidrag eller annat lönestöd och den andra har arbetslivsinriktad rehabilitering, jobb- och utvecklingsgaranti, arbetspraktik och dylikt (se bilaga 2).

- *Enkäter har skickats till två grupper av individer.*

Enkäter skickades ut till ett urval av individer (6 000) som hade haft aktivitetsersättning minst ett år från tidigast oktober 2009 och ett urval av individer (2 000) yngre än 29 år (som inte avslutade aktivitetsersättningen med en övergång till sjukersättning) och som inte hade aktivitetsersättning mars/april 2012 (enkäterna återfinns i bilaga 4).

- Intervjuer har gjorts med individer och föräldrar till individer med aktivitetsersättning.

Två separata kvalitativa studier har genomförts av undersökningsföretaget Augur på uppdrag av Försäkringskassan. I den ena, *Personer med aktivitetsersättning – behov av stöd och hjälp för att komma ut på den ordinarie arbetsmarknaden* (se underlagsrapporter), har 21 individer med aktivitetsersättning intervjuats om sina upplevelser och erfarenheter under tiden med aktivitetsersättning. I den andra, *Försäkringskassan – Föräldrar till unga med vårdbidrag och föräldrar till barn med aktivitetsersättning* (se underlagsrapporter) har 10 föräldrar med vårdbidrag för barn i övre tonåren och 10 föräldrar till individer med aktivitetsersättning intervjuats. De citat som förekommer i rapporten är hämtade från dessa intervjuer. Därutöver har öppna svar från de två enkätundersökningarna analyserats.

- *En aktstudie har genomförts*

Ett urval av två tusen individer som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under minst ett år från oktober 2009 till oktober 2010 genomfördes för att få en uppfattning om de uppgifter som finns kring dessa individer, vilka aktiviteter som pågår som Försäkringskassan känner till, osv. Själva studien har redovisats i en tidigare rapport (Försäkringskassan, 2012a).

- *En systematisk genomgång av handläggningen av enskilda ärenden har genomförts.*

Sextio akter slumpades ut från urvalet för aktstudien och en strukturerad studie med en systematisk genomgång av handläggningen av varje ärende genomfördes. Den övergripande frågan var, i vilken utsträckning uppfyller Försäkringskassan sitt uppdrag att erbjuda, planera och samordna aktiviteter för individer?

- *Intervjuer av Försäkringskassans handläggare och enhetschefer har genomförts.*

Intervjuer har gjorts av grupper med tre enhetschefer, två samverkansansvariga och sexton handläggare för att utreda i vilken utsträckning och på vilket sätt Försäkringskassan utför sitt uppdrag att erbjuda, planera och samordna aktiviteter.

- *Befintliga utvärderingar och rapporter från Samordningsförbund har samlats in och studerats.*

Samtliga samordningsförbund kontaktades och ombads skicka in utvärderingar och uppföljningar av deras verksamheter till projektgruppen. Underlaget lästes, strukturerades och sammanfattades i en särskild studie.

- *Vetenskaplig litteraturstudie*

På uppdrag av Försäkringskassan har Institutionen för Arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet genomfört en omfattande vetenskaplig litteraturstudie som utgör en underlagsrapport till denna rapport (se underlagsrapporter). Syftet med studien var att få fram vilka metoder som är effektiva för att stödja inträde i arbetskraften för unga personer med psykiska funktionshinder. Studien omfattar publikationer i journaler för ett flertal vetenskapliga discipliner. Samma forskargrupp har också översiktligt berört vilka strategier som används och i Norge, Danmark, Finland och Storbritannien.

Aktivitetsetsättning över tid – en överblick

Aktivitetsetsättning kan beviljas på två olika grunder; dels till personer vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska

eller psykiska prestationsförmågan med minst en fjärdedel under minst ett år (**aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga**), dels till personer som på grund av en funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- eller gymnasienivå (**aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång**). Det finns även ett mindre antal personer som är yngre än 30 år och som på grund av övergångsregler år 2003 har sjukersättning. I detta avsnitt ingår båda grunderna för aktivitetsersättning i redovisningen.

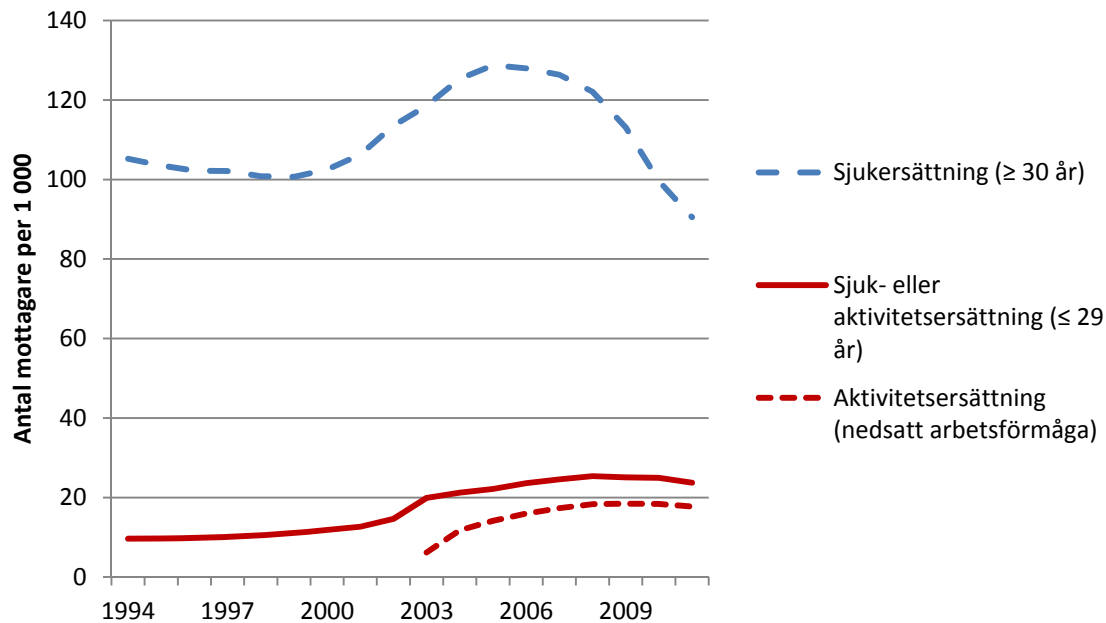
Sammanlagt i juni 2012 har 31 034 personer aktivitetsersättning eller sjukersättning enligt övergångsreglerna från 2003. Se nedan. Av dessa individer har 6 033 aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång. Något fler män (16 495) än kvinnor (14 539) har aktivitetsersättning och fler i åldersgruppen 19- 24 år har ersättningen jämfört med åldersgruppen 25 – 29 år. Sammanlagt 1 648 individer under 30 år har sjukersättning enligt övergångsbestämmelser.

Tabell 1 - Antal mottagare av sjuk- eller aktivitetsersättning i juni 2012

Ålder	Kvinnor	Män	Samtliga
19 år	818	1107	1925
20 – 24 år	7214	8628	15842
25 – 29 år	6507	6760	13267
Totalt	14539	16495	31034

Antalet mottagare av aktivitetsersättning och sjukersättning per 1 000 registrerade försäkrade ökade under början av 2000-talet (Figur 1).

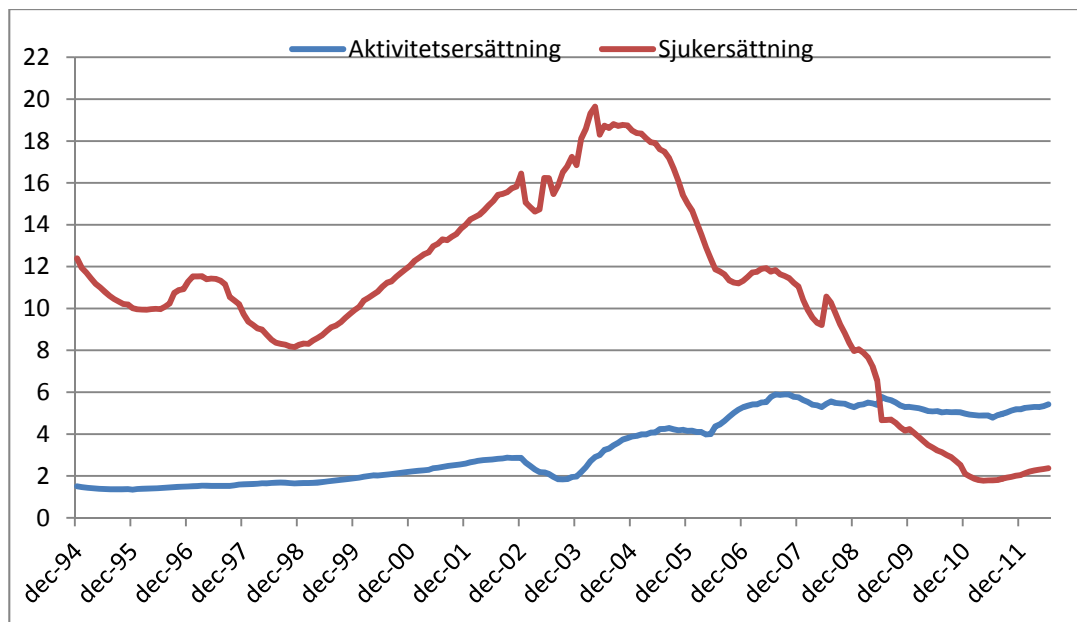
Figur 1 - Antal mottagare av sjuk- eller aktivitetsersättning per 1 000 registrerade försäkrade i december (oktober år 2011)



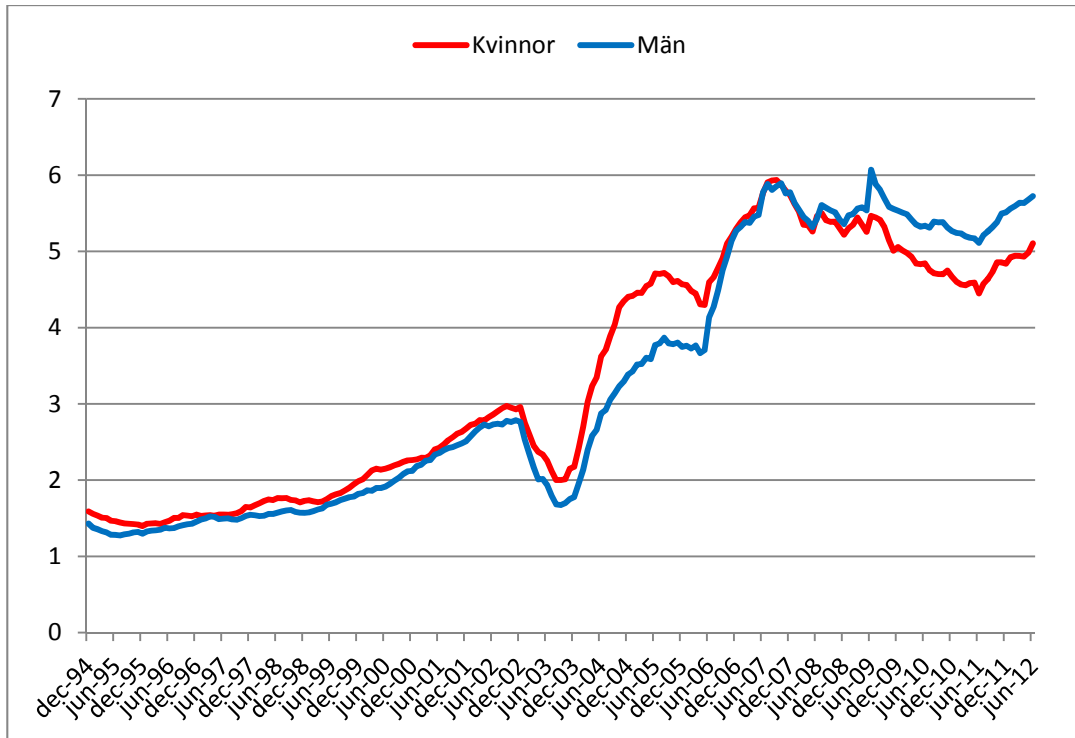
Not: Begreppen sjukersättning och aktivitetsersättning används även för perioden mellan 1994-2002, då ersättningssystemet bestod av förtidspension och sjukbidrag.

I figur 2 och 3 nedan ingår både aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga och på grund av förlängd skolgång. Från 2004 och framåt har antalet nybeviljade sjukersättningar minskat kraftigt och sedan 2009 är nybeviljandet av sjukersättning per 1000 försäkrade lägre än nybeviljandet av aktivitetsersättningar (figur 2). Efter 2008 är nybeviljandet av aktivitetsersättning vanligare bland unga män än bland unga kvinnor (figur 3).

Figur 2 - Antal nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar per 1000 försäkrade.



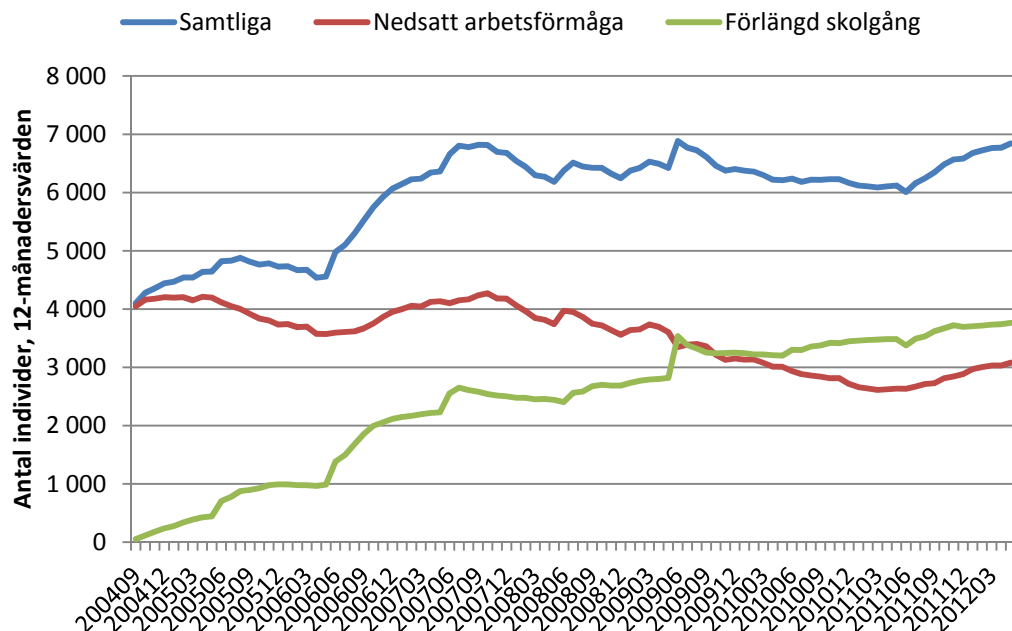
Figur 3 - Antal nybeviljade aktivitetsersättningar per 1000 försäkrade.



Under flera decennier har antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag bland unga vuxna legat stabilt på ca 2000 per år (SOU, 2008:112). Under andra halvan av 1990-talet började antalet nybeviljade förtidspensioner för unga vuxna att öka. I en analys av utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa av Riksförsäkringsverket (RFV) 2003 beskrivs att åldersgruppen 20 till 24 år har haft den kraftigaste ökningen. För såväl unga män som unga kvinnor fördubblades antalet nybeviljande förtidspensioner och sjukbidrag under perioden 1995 – 2001. Som en delförklaring till ökningen nämns i rapporten ökningen av förekomst av psykiska sjukdomar. "För denna grupp beror nybeviljandet i huvudsak på olika former av psykisk utvecklingsstörning som är till hinder för att få arbete på dagens arbetsmarknad"(Riksförsäkringsverket, 2003). År 2005 är nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning för psykiska sjukdomar den vanligast förekommande orsaken. För individer med enbart garantiersättning är andelen med psykiska funktionshinder ännu större, åtta av tio (Försäkringskassan, 2007a, b; ISF, 2011).

I en annan rapport några år tidigare redovisas en kraftig ökning av antalet nybeviljade vårdbidrag under 1990-talet och då speciellt inom diagnosgruppen psykiska sjukdomar (Riksförsäkringsverket, 2002). Som en delförklaring till det ökande antalet vårdbidrag nämns i den rapporten att fler barn som föds prematurt överlever men där många får ett funktionshinder som följd. När denna grupp barn når 19 års ålder är det rimligt att tänka att många sökt och också beviljats förtidspension, sjukbidrag och från 2003 aktivitetsersättning. En starkt bidragande orsak till den kraftiga ökningen i den yngsta åldersgruppen kan vara tillkomsten av aktivitetsersättning för förlängd skolgång (ISF 2011, ISF 2012). Från 2007 och framåt nybeviljas årligen ca 6 500 unga vuxna aktivitetsersättning vilket är mer än tre gånger så många som för 15 år sedan. Sedan 2010 är det vanligare att aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång nybeviljas jämfört med nedsatt arbetsförmåga (figur 4).

Figur 4 – Nybeviljad aktivitetsersättning, 12 månadersvärden för nedsatt arbetsförmåga och förlängd skolgång.



Reformen med aktivitetsersättning har i januari 2013 funnits i 10 år och inget tyder så här långt på att ambitionen med att öka delaktigheten för unga med funktionshinder i samhället via aktiviteter, habilitering och rehabilitering hittills varit särskilt framgångsrik (SOU 2008:102). Förutom hur de berörda myndigheterna har lyckats med habiliterande och rehabiliterande åtgärder för att skapa eller återskapa

arbetsförmåga har naturligtvis arbetsmarknadens sätt att fungera en avgörande betydelse. Arbetsmarknaden och arbetsinnehåll under de senaste decennierna har ändrats på flera sätt. Enklare och mer rutinbetonade arbetsuppgifter som många gånger utgjorde en introduktion i arbetslivet för unga är numera bortrationaliserade. Inte bara unga med funktionshinder har svårigheter att ta sig in på den svenska arbetsmarknaden.

Aktivitetstersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga

Av uppdragsbeskrivningen framgår att studien begränsas till aktivitetstersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. I den fortsatta redovisningen används begreppet aktivitetstersättning synonymt med aktivitetstersättning för nedsatt arbetsförmåga om inget annat anges. De 1648 individer som beviljats sjukersättning efter att tidigare haft förtidspension före reformen ingår inte i den studerade gruppen om inget annat anges. Samma sak gäller individer med aktivitetstersättning för förlängd skolgång. Dessa utgör dock en viktig grupp inte minst när det gäller övergången till aktivitetstersättning för nedsatt arbetsförmåga. Våra fokusgrupp- och enkätundersökningar ger tydligt stöd för att denna grupps svårigheter börjar redan i skolan. Därför ger vi en kort översikt över de indikatorer våra undersökningar har gett.

Denna del av rapporten försöker följa en beskrivning av det som händer före tiden med aktivitetstersättning för nedsatt arbetsförmåga beviljas, Försäkringskassans arbete under tid med aktivitetstersättning och vad som händer efter tid med förmånen.

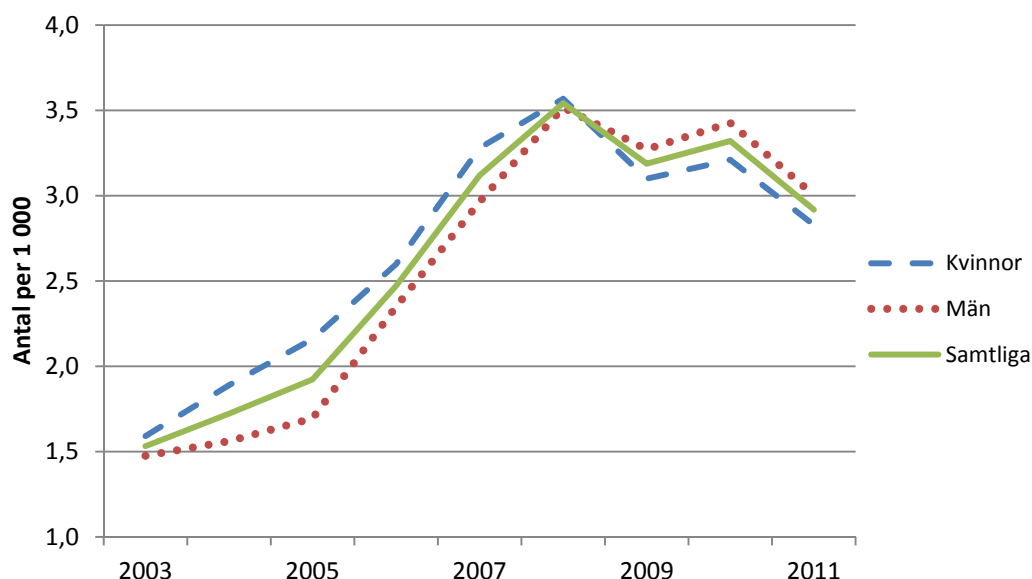
Redovisningen av svaren från enkäterna men även vissa registeruppgifter följer en uppdelning av individerna i fyra olika kategorier utifrån tre myndigheters registeruppgifter. Från Arbetsförmedlingen (arbete, rehab), Socialstyrelsen (LSS) och de som huvudsakligen finns hos Försäkringskassan, dvs. inte omfattas av LSS och inte finns i åtgärder på Arbetsförmedlingen. Skillnaden mellan klassificering rehab och arbete på Arbetsförmedlingen har förklarats i avsnittet om data och begrepp och förklaras närmare i bilaga 2.

Tiden före aktivitetssättning

En stor del av inflödet (se definition i bilaga 2) till aktivitetssättning för nedsatt arbetsförmåga kommer från individer som haft en period med aktivitetssättning på grund av förlängd skolgång, men många har också haft en annan funktionshinderförmån innan de beviljas aktivitetssättning. Det betyder två saker. För det första är skolan en särskilt viktig miljö för denna grupp i att förbereda barn med funktionshinder för det vuxna livet. Gruppen har samma behov som alla andra men ovanpå det kan det finnas särskilda behov som beror på individens funktionsnedsättning. För det andra är många av dessa personer redan kända för Försäkringskassan eftersom deras föräldrar har haft rätt till ett vårdbidrag och i vissa fall assistansersättning. Det senare ger ökade möjligheter för Försäkringskassan att medverka i övergången till livet efter den normala skolgången – inklusive att bidra till att de som vill och behöver det får stöd från Arbetsförmedlingen omgående.

Infödet över tid

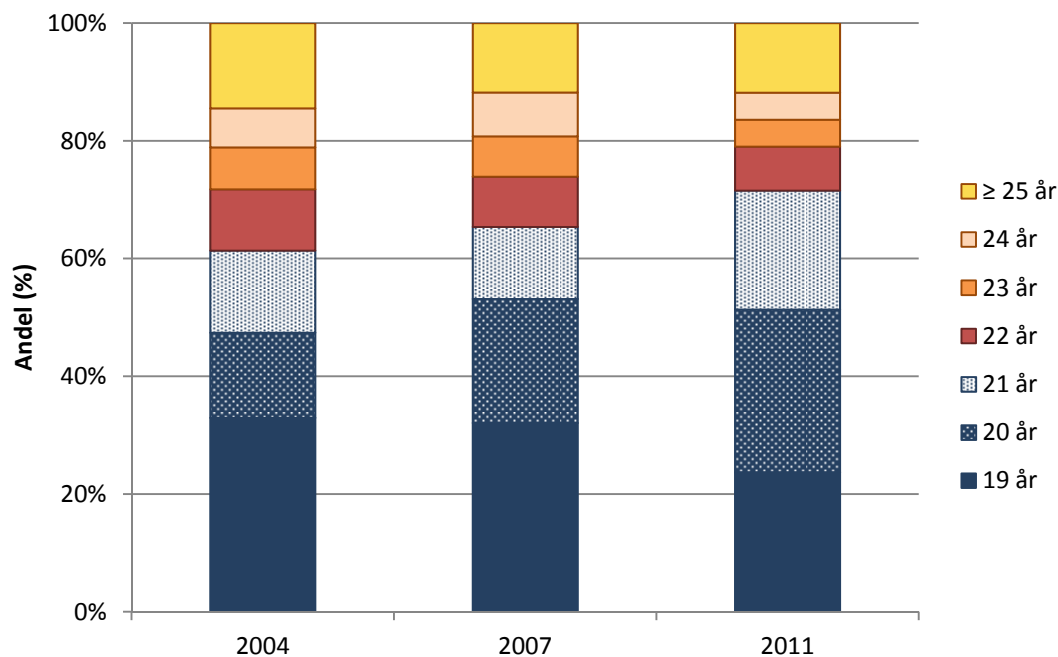
Figur 5 - Inflödet per 1 000 registrerade försäkrade i åldersgruppen 19-29 år



Inflödet till aktivitetssättning på grund av nedsatt arbetsförmåga per 1 000 registrerade försäkrade i åldersgruppen 19-29 år har minskat något sedan år 2007. År 2011 fick närmare 3 800 personer aktivitetssättning för första gången, vilket

motsvarar 2,9 startade perioder per 1 000 registrerade försäkrade. Efter 2008 är det något fler män än kvinnor som startade en period med aktivitetsersättning.

Figur 6 – Åldersfördelning (%) vid inflödet år 2004, 2007 och 2011



De allra flesta som inleder en period med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga gör det i unga åldrar. Totalt 72 procent av de som startade en ersättningsperiod år 2011 var 21 år eller yngre (Figur 6). Under 2000-talet har även en åldersförskjutning skett där personer som är 21 år eller yngre utgör en allt större del av inflödet. Samtidigt har andelen 19-åringar bland de som startar en period minskat under 2000-talet, vilket beror på att fler får aktivitetsersättning för förlängd skolgång och därför flödar in något år senare i aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga (ISF, 2012).

Funktionshinderförmåner före tid med aktivitetsersättning?**Tabell 2 – Andel (%) som haft en funktionshinderförmån innan inflödet år 2011**

Förmån	Kvinnor	Män	Samtliga
Aktivitetsersättning för förlängd skolgång/ förlängt barnbidrag	47 %	54 %	50 %
Vårdbidrag	39 %	53 %	46 %
Assistansersättning	7 %	9 %	8 %
Minst en funktionshinderförmån innan inflödet ²	54 %	65 %	60 %
Inflöde (antal)	1 794	1 979	3 773

Not: En person kan ha haft flera förmåner på grund av sin funktionsnedsättning innan inflödet och därmed summerar inte andelarna till 100 %.

En stor andel av individerna i denna grupp har redan innan de beviljats aktivitetsersättning fått olika typer av stöd och hjälp från de sociala trygghetssystemen. Omkring 60 procent av de som beviljades aktivitetsersättning år 2011 har innan aktivitetsersättningen fått ersättning från en eller flera andra förmåner som riktar sig till personer med funktionsnedsättningar (Tabell 2). I huvudsak har stöd getts till personer som på grund av en funktionsnedsättning har haft ett behov av förlängd skolgång för att avsluta sina grundskole- eller gymnasiestudier. Hälften av de som beviljades ersättning år 2011 har tidigare haft aktivitetsersättning för förlängd skolgång och/eller förlängt barnbidrag. Förlängt barnbidrag är vanligt bland de som senare söker aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång.

Närmare hälften av de som inledde en period med aktivitetsersättning år 2011 har haft ersättning i form av vårdbidrag som barn.³ Vårdbidraget betalas ut för att underlätta för föräldrar till barn med sjukdom eller funktionsnedsättning att ge dem den tillsyn, vård och stöd som behövs för att barnet ska kunna utvecklas på bästa sätt. Vårdbidrag är vanligare bland pojkar än bland flickor i alla åldersgrupper (Försäkringskassan, 2012b).

² Som funktionshinderförmån avses här aktivitetsersättning för förlängd skolgång, förlängt barnbidrag, vårdbidrag och/eller assistansersättning.

³ I uppgifter om vårdbidrag inkluderas inte vårdbidrag för merkostnader

Totalt 8 procent av de som startade en ersättningsperiod år 2011 hade även innan sin aktivitetsersättning haft ett så omfattande behov av stöd och hjälp i sin dagliga livsföring att de beviljats personlig assistans.⁴

Tabell 3 – Andel (%) som haft en funktionshinderförmån innan inflödet år 2007 och 2011 (enbart inflöde i åldrarna 19-21 år studeras)

Förmån	2007	2011
Aktivitetsersättning för förlängd skolgång/förlängt barnbidrag	50 %	68 %
Vårdbidrag	32 %	60 %
Assistansersättning	4 %	10 %
Minst en funktionshinderförmån innan inflödet	60 %	77 %
Inflöde 19-21 år (antal)	2 100	2 518

Not: En person kan ha haft flera förmåner på grund av sin funktionsnedsättning innan inflödet och därmed summerar inte andelarna till 100 %.

Om inflödet till aktivitetsersättning särskilt studeras i åldersgruppen 19-21 år kan en antydan ses att det under slutet av 2000-talet har blivit allt vanligare att dessa innan de startar en period med aktivitetsersättning haft en funktionsnedsättningsförmån (Tabell 3).⁵ Av de som startade en ersättningsperiod med aktivitetsersättning år 2007 hade 60 procent haft minst en utbetalning från en funktionshinderförmån innan inflödet. År 2011 hade motsvarande andel stigit till 77 procent.

Av de personer i åldrarna 19-29 år som inledde en period med aktivitetsersättning år 2011 var det ovanligt att de tidigare hade haft en inkomst av förvärvsarbete. Omkring 72 procent hade aldrig haft en inkomst, alternativt enbart haft en låg inkomst på maximalt 10 000 kronor under ett år.

Att personer vanligtvis beviljas aktivitetsersättningen på grund av nedsatt arbetsförmåga i ung ålder samt att många innan ersättningen har fått stöd och hjälp för att avsluta sin utbildning på grund av sin funktionsnedsättning förklarar att det är ovanligt att dessa personer har haft en kontakt med arbetsmarknaden innan de beviljats ersättning. Bilden av att det under 2000-talet har blivit allt vanligare att dessa personer har haft en kontakt med arbetsmarknaden tidigare förstärks också av

⁴ I statistiken innefattas inte assistans som ligger inom kommunens ansvar (≤ 20 timmar)

⁵ Enbart inflöde i åldrarna 19-21 år studeras för att kunna jämföra två grupper som båda haft en möjlighet att innan inflödet få aktivitetsersättning för förlängd skolgång (vilken infördes som ersättningsform år 2003).

att allt färre har haft sjukpenning och/eller rehabiliteringspenning innan de beviljats aktivitetsersättning.⁶ Enbart 9 procent av de som startade en ersättningsperiod med aktivitetsersättning år 2011 hade någon gång tidigare haft sjukpenning och/eller rehabiliteringspenning. Motsvarande andel var 19 procent år 2007 och 32 procent år 2004. Detta innebär att resultaten från vissa tidigare studier, där det konstaterats att en stor del av de som kommer in i aktivitetsersättningen gör det via sjukskrivning, inte längre kan anses vara gällande (Försäkringskassan, 2007d).

Det är vanligare bland män att ha medfödda funktionsnedsättningar. Likaså är det vanligare att män får diagnoser såsom utvecklingsstörning, Aspergers syndrom och ADHD (SOU 2008: 102). Detta förklarar delvis att män i högre utsträckning än kvinnor fått stöd i form av en funktionshinderförmån innan inflödet. En följd av detta är även att män i högre utsträckning än kvinnor flödar in i yngre åldrar, samt att män i mindre utsträckning har haft en inkomst av förvärvsarbete innan de beviljats aktivitetsersättning.

Finns en överrisk för aktivitetsersättning beroende av när på året man är född?

Den kraftiga ökningen av unga med förtidspension under slutet av 1990-talet och den fortsatta ökningen av antalet individer som beviljats aktivitetsersättning under första halvan av 2000-talet har dominerats av individer med en psykisk diagnos (Försäkringskassan, 2007a, b; ISF, 2011). Även bland barn för vilka deras föräldrar beviljats vårdbidrag finns en motsvarande utveckling (Försäkringskassan, 2012b; Riksförsäkringsverket, 2002).

En fråga som diskuterats på senare tid kring medicinska diagnoser och behandling av framförallt unga med ADHD är om födelsetid på året kan ha betydelse för diagnostisering (Evans, Morrill, & Parente, 2010; Morrow, Garland, Wright, Maclure, STaylor, & Dormuth, 2012).

⁶ Sjukpenning och rehabiliteringspenning är inkomstbortfallsförsäkringar där förutsättningen för att vara berättigad till ersättning är att personen ska ha haft en sjukpenninggrundande inkomst, dvs. att personen har haft ett förvärvsarbete.

Tabell 4 – Relativ risk att nybeviljas aktivitetsersättning (AE) för förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga för individer födda i slutet av året jfr med dem som föds jan-feb.

År	Kvinnor Nedsatt Arb.förmåga	Kvinnor Förlängd Skolgång	Män Nedsatt Arb.förmåga	Män Förlängd Skolgång	Samtliga Nybeviljade AE
2004 nov/dec	0,97	1,11	0,99	1,59	1,02
2007 nov/dec	1,07	1,28	1,11	1,37	1,18
2011 nov/dec	1,07	1,16	1,02	1,42	1,19
Referens *	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

* Referens är januari/februari för respektive år

Bland individer som nybeviljas aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga kan vi inte se någon överrisk för barn födda i slutet av året jämfört med barn födda i början av året att beviljas förmånen. Som framgår av tabell 4 är det dock en betydande överrisk för både kvinnor och män födda i slutet av året att beviljas aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång. Överrisken är betydligt högre för unga män än för unga kvinnor och återfinns framförallt inom diagnosgruppen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Några förklaringar till denna överrisk har vi inte kunnat identifiera inom ramen för detta uppdrag. Här finns dock anledning att fördjupa kunskaperna om olika tänkbara förklaringar och konsekvenser. Såväl kopplingar mellan beslut om placering av barn i särskola som till beslut om vårdbidrag under skolperioden och konsekvenser i form av sjukersättning behöver undersökas (Mordre, Groholt, Sandstad, & Myhre, 2012) (Försäkringskassan, 2012b; Skolinspektionen, 2011).

Utbildning och synen på stöd i skolan

Uppgifter om utbildningsnivå är självrapporterad och bör mot bakgrund av bortfallet tolkas med försiktighet.

Tabell 5 Vilken utbildning har individer med pågående aktivitetssättning genomgått?

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Grund- eller Gymnasieskola	61	34,8	19	20,2	732	76,1	184	17	997	43
Grundskola, Gymnasium eller Universitet	115	65,2	75	79,8	231	23,9	898	83,0	1319	57
Total	177	100	94	100	963	100	1082	100	2316	100

Cirka 57 procent har gått i vanlig skola och ca 43 procent har en bakgrund i särskolan.

Inte oväntat har en högre andel av de med beslut enligt LSS särskolebakgrund än övriga kategorier.

När vi frågar om vilket stöd och vilken förståelse gruppen haft i skolan är skillnaden stor mellan de som gått i vanlig skola och de som har gått i särskola (tabell 6).

Tabell 6 Vilket stöd och vilken förståelse har individer med pågående aktivitetssättning haft i skolan?*

		Grundsärskola eller Gymnasiesärskola		Grundskola, Gymnasium eller Universitet		Total	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Jag fick det stöd jag behövde.	Ja	644	66,6	433	33,7	1077	47,8
I min skola hade man kunskap om och förståelse för min funktionsnedsättning.	Ja	648	69,7	289	23,8	936	43,7

*Den redovisade procentsatsen är baserat på andel Ja-svar för varje enskild fråga.

Liknande resultat som i tabell 6 rapporterar de som avslutat en period med aktivitetssättning.

Ungdomarnas skolgång är svår enligt de självrapporterade svaren i tabell 6, i synnerhet för de som har andra funktionsnedsättningar än de som täcks av LSS.

Enbart ca 34 procent av de som har normal grundskola, gymnasie- eller universitetsstudier som högsta utbildning anser att de fick det extra stöd de behövde. Mindre än 25 procent anser att lärarna hade kunskap och förståelse för den funktionsnedsättning de har. Samma bild framträder från intervjuer med individer och deras föräldrar. Här följer två citat från de intervjuades som åskådliggör detta:

"Skolan var på gränsen till avskyvärd. De hade ingen förståelse för mina behov. Jag blev mobbad hela grundskolan och kände aldrig någon gemenskap med någon i skolan utan jag var bara annorlunda och en utböling. Till slut i nian hade vi ett möte med rektor och föräldrar men ingenting blev bättre. Det kändes aldrig som om de stod på min sida. I gymnasiet var det samma sak men mer nedtonat".

Man, 29 år, fysisk och psykisk diagnos

"Skolan var hemsk. Jag fick mycket skäll. Alla trodde jag gjorde saker för att vara djävlig. Jag kom efter eftersom jag inte kunde koncentrera mig, jag skolkade mycket och trivdes inte alls. Jag hade behövt hjälp men ingen gjorde något".

Kvinna, 23 år, psykisk diagnos

Under tiden med aktivitetsersättning

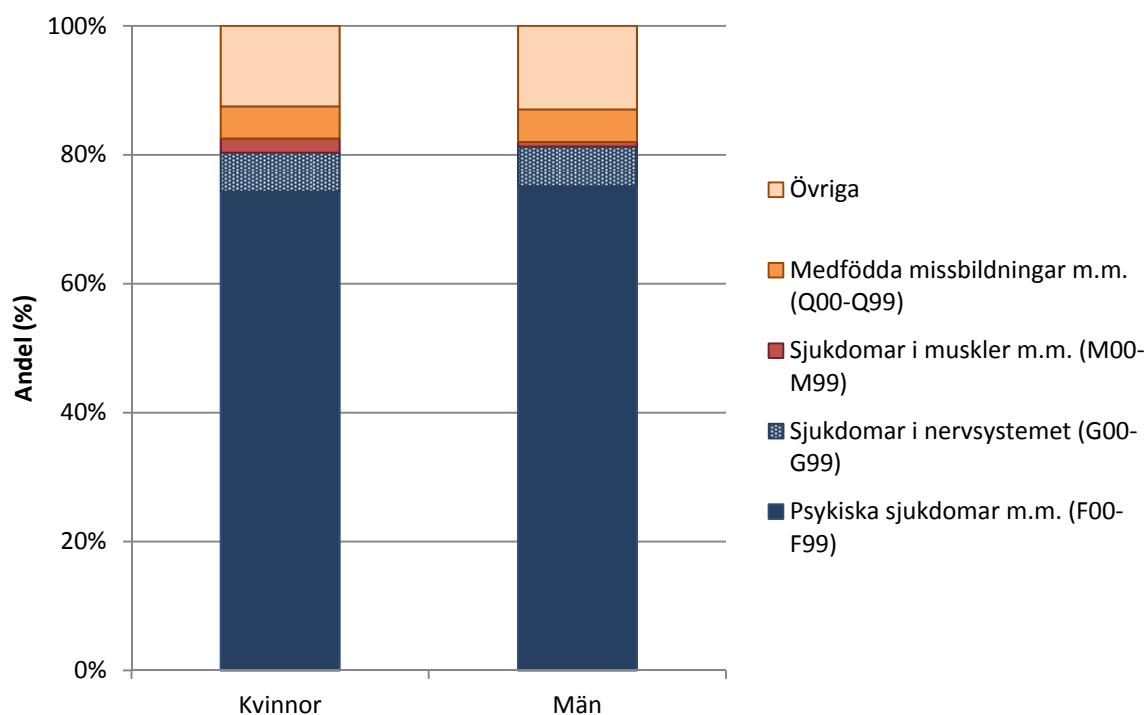
I juni 2012 hade 31 034 individer aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga och förlängd skolgång. I tabell 7 redovisas endast antal individer som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, enligt ålder och kön. I figur 7 och tabell 8 visas diagnossammansättningen av samma grupp, men för situationen i oktober 2011.

Tabell 7 - Antal mottagare av aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga i juni 2012

Ålder	Kvinnor	Män	Samtliga
19 år	154	156	310
20 – 24 år	5394	6181	11575
25 – 29 år	5708	5714	11422
Totalt	11256	12051	23307

Något fler män än kvinnor har aktivitetsersättning (1,4 % jämfört med 1,3 % av befolkningen).

Figur 7 – Diagnosfördelning (%) på senaste beslutet bland mottagare i oktober år 2011



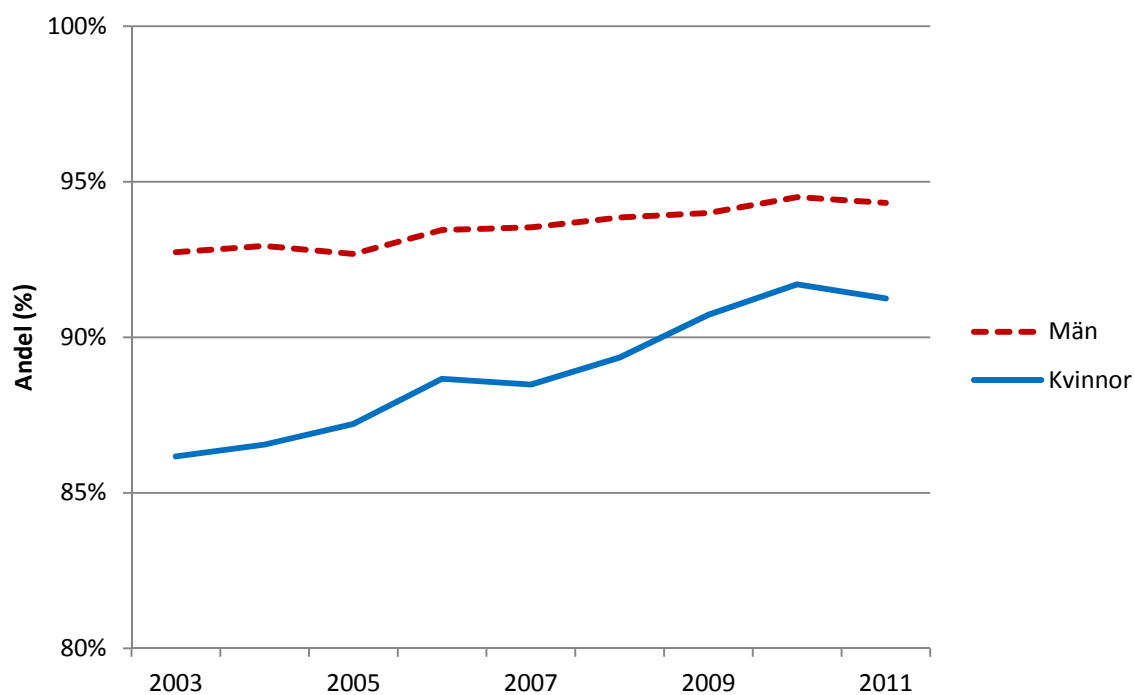
Psykisk sjukdom är den vanligaste orsaken till att personer har aktivitetsersättning – omkring 3 av 4 mottagare har en psykisk sjukdom på det senaste beslutet. Det finns vissa skillnader i sammansättningen av diagnoser vilket framgår av tabell 8 nedan.

Tabell 8 - De 10 vanligaste diagnosavsnitten bland mottagare i oktober år 2011

KVINNOR			MÄN	
Position	Diagnosavsnitt	Andel (%)	Diagnos	Andel (%)
1	Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	20	Störningar av psykisk utveckling (F80-F89)	25
2	Störningar av psykisk utveckling (F80-F89)	15	Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	20
3	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48)	10	Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F98)	10
4	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	8	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	6
5	Förstämmningssyndrom (F30-F39)	8	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48)	6
6	Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F98)	7	Förstämmningssyndrom (F30-F39)	4
7	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	3	Cerebral pares och andra förlamningssyndrom (G80-G83)	3
8	Cerebral pares och andra förlamningssyndrom (G80-G83)	3	Kromosomavvikelse som ej klassificeras annorstädes (Q90-Q99)	3
9	Kromosomavvikelse som ej klassificeras annorstädes (Q90-Q99)	2	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	2
10	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	2	Episodiska och paroxysmala sjukdomar (G40-G47)	1
	Övriga diagnosavsnitt	22	Övriga diagnosavsnitt	20
Bestånd (antal)		11 213	Bestånd (antal)	11 988

I diagnosgruppen F80-F89 ingår exempelvis diagnoser som autism, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och i diagnosgruppen F90-F98 ingår aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (ADHD, DAMP). Psykisk utvecklingsstörning finns diagnostiserad från lindrig till grav i diagnosavsnittet F70-F79.

Figur 8 - Andel (%) av mottagarna med hel omfattning i december respektive år (oktober år 2011)



Totalt 91 procent av kvinnorna och 94 procent av männen hade hel aktivitetsersättning i oktober 2011 (Figur 8). Särskilt bland kvinnor har andelen med hel ersättning ökat sedan förmånen infördes år 2003, men en svag ökning kan även ses för män. Bland de med partiell aktivitetsersättning får enbart ett fåtal (omkring 260 av 1 600) parallellt med sin aktivitetsersättning sjukpenning eller aktivitetsstöd/utvecklingsersättning från Försäkringskassan.

Tabell 9 - Andel (%) av mottagarna som parallellt uppbär ersättning från en funktionshinderförmån i oktober år 2011

Förmån	Kvinnor	Män	Samtliga
Handikappersättning	13 %	16 %	14 %
Assistansersättning	5 %	7 %	6 %
Minst en parallell funktionshinderförmån ⁷	16 %	20 %	18 %
Bestånd (antal)	11 213	11 988	23 201

Not: En person kan ha haft flera förmåner på grund av sin funktionsnedsättning parallellt med sin aktivitetsersättning och därmed summerar inte andelarna till 100 %.

Närmare en femtedel av alla personer som hade aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga i oktober 2011 hade även ytterligare minst en ersättning från Försäkringskassan som syftade till att hjälpa och stödja dem med sin funktionsnedsättning, alternativt merkostnader på grund av sin funktionsnedsättning.⁸

Assistansersättning kan beviljas personer med omfattande funktionsnedsättningar som behöver personlig assistans för att klara den dagliga livsföringen. Totalt 5 procent av kvinnorna och 7 procent av männen med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga i oktober 2011 hade även assistansersättning. I huvudsak hade den personliga assistansen beviljats till personer i denna grupp eftersom de hade en utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1).

De vanligaste diagnoserna för personer med assistansersättning och aktivitetsersättning var cerebral pares och andra förlamningssjukdomar (G80-G83) (21 procent) följt av psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) (16 procent) samt Störningar av psykisk utveckling F80-F89 (15 procent). Den absolut vanligaste funktionsnedsättningen som försvårar vardagen för assistansberättigade med aktivitetsersättning är rörelsehinder.

⁷ Som funktionshinderförmån avses här handikappersättning och/eller assistansersättning.

⁸ Observera att personer ≤ 29 år som uppbär sjukersättning *inte* inkluderas i beståndet (se Bilaga Data och definitioner). Dessa personer har i huvudsak ersättning på grund av sjukdomar i nervsystemet och medfödda funktionsnedsättningar, och har även i hög utsträckning ersättning från en funktionshinderförmån parallellt med sin sjukersättning. Av alla personer ≤ 29 år som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga så har 17 procent också handikappersättning, 8 procent assistansersättning och 22 procent handikappersättning och/eller assistansersättning.

Vilka insatser pågår?

Som redan nämnts har vi valt att dela in individer med aktivitetssättning i fyra grupper. Baserat på det urval av individer som gjorts för enkätundersökningarna får vi följande fördelning.

Tabell 10 Utfall oktober 2010⁹

AF arbete		AF rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Total	
Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1168	7,0	881	5,3	6721	40,3	7917	47,4	16687	100

Det studerade urvalet i tabell 10 motsvarar i stort urvalet från aktstudien. Från den aktstudie som redovisats tidigare (Försäkringskassan, 2012a) har vi beskrivit vilka olika typer av aktiviteter inom aktivitetssättningen som de försäkrade är aktiverade med. Var femte individ har haft aktiviteter enligt aktivitetssättningen baserat på noteringar i försäkringsakterna.

I övrigt kan det i tabell 10 konstateras att 7 procent av urvalet kan kategoriseras som "närmre arbetsmarknaden" och 5 procent befinner sig i "arbetsrehabiliterande åtgärder" hos Arbetsförmedlingen. Vidare har 40 procent rätt till LSS och 47 procent av individerna finns i gruppen "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar". Av de individer som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen har även knappt 2 av 10 rätt till LSS.

Hur ser individer och föräldrar på samhällets stöd?

I princip ska en gemensam planering för perioden med aktivitetssättning göras för samtliga individer. Är Försäkringskassan och den försäkrade inte överens om att den försäkrade kan delta i aktiviteter, eller vilka aktiviteter han eller hon ska ägna sig åt, ska ingen plan upprättas. Planen för dem som inte omfattas av LSS ska i princip likna den som gäller för individer med beslut om LSS som kommunen upprättar.

⁹ Individer med minst ett års aktivitetssättning i oktober 2010 och som inte fått sjukersättning utbetald under mars/april 2012.

I enkäten till dem som har aktivitetsersättning har vi frågat om individerna om det finns någon planering för den närmaste framtiden.

Tabell 11 Antal individer med pågående ersättning som i enkät uppgivit att de har en planering med någon eller några av följande aktörer: *

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Min handläggare på Försäkringskassan.	67	42,0	55	59,8	211	25,1	431	40,8	763	35,5
Min handläggare på kommunen.	27	18,1	8	9,1	380	44,0	195	19,2	610	28,9
Min handläggare på Arbetsförmedlingen.	78	47,7	64	67,0	44	5,6	145	14,2	331	16,0
Min läkare.	66	43,5	31	35,1	207	25,3	441	42,3	746	35,5
Min kontaktperson inom hälso- och sjukvården.	34	22,8	25	28,0	147	18,3	397	38,3	603	29,0
Jag har planering med åtminstone en av ovan aktörer	133	72,0	82	81,1	599	59,2	826	71,4	1640	66,8

*Den redovisade procentsatsen är baserat på andel Ja-svar för varje enskild fråga.

Enbart 36 procent uppfattar att de har en plan med Försäkringskassan och av de som inte omfattas av LSS är det mindre än 20 procent som uppfattar att de har en plan med kommunen. Bland de som inte omfattas av LSS och som inte har en aktivitet hos Arbetsförmedlingen har hälso- och sjukvården en relativt stor betydelse enligt tabell 11. Men vad som är oroväckande är att, med något undantag, är det mindre än hälften som upplever att de har en planering tillsammans med de enskilda myndigheterna. I tabell 11 redovisas även plan med minst en aktör och totalt sett anser knappt 67 procent att de har en plan med åtminstone en aktör.

Den relativt låga graden av planering kan möjligtvis förklara varför det i intervjuer har framkommit att det är låg kännedom om syftet med Aktivitetsersättningen. Intervjuerna har också belyst att få försäkrade har diskuterat lämpliga aktiviteter och dess syfte tillsammans med sin kontaktperson på Försäkringskassan. Fler av de intervjuade känner överhuvudtaget inte till möjligheten till ersättning för olika typer av aktiviteter.

”Ja, varför får jag det [Aktivitetsersättning]? Har nästan glömt bort vad tusan det är. Jag tror att det är för att komma på fötter. När man har en diagnos så kan man inte få arbete lika lätt”.

Man, 28 år, psykisk diagnos

I tabell 12 redovisas enkätsvar för respondenter med behov av olika typer av stöd, samt huruvida de får det stöd de är i behov av.

Tabell 12 Antal med pågående ersättning som i enkät svarat att de behöver stöd och får stöd i sin vardag*

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakliga FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Stöd med aktiviteter i vardagen¹⁰										
Får stöd givet behov av stöd	34	66,1	18	54,3	619	89,4	283	59,3	955	76,1
Behöver stöd	52	100	33	100	692	100	478	100	1255	100
Samtalsstöd										
Får regelbundet samtalsstöd givet behov av samtalsstöd.	21	44,1	12	39,4	178	33,5	203	44,1	414	38,7
Behöver regelbundet samtalsstöd.	47	100	31	100	531	100	460	100	1070	100
Kontaktperson inom hälso- och sjukvården										
Har en kontaktperson givet behov av kontaktperson.	46	68,7	28	67,4	188	54,8	382	65,9	643	62,4
Behöver en kontaktperson	67	100	41	100	343	100	580	100	1031	100
Medicinskt stöd för att nå mitt sysselsättningsmål										
Får medicinskt stöd givet behov av medicinskt stöd	34	67	21	68,8	140	66,9	383	68,3	578	67,9
Får medicinskt stöd	51	100	31	100	209	100	561	100	851	100

*Den redovisade procentsatsen är baserat på andel Ja-svar för varje enskild fråga.

¹⁰ Till exempel arbete i grupp, åka kommunalt, gå upp i rätt tid, komma till möten eller aktiviteter i rätt tid, sköta mitt hem själv

Tabell 12 visar att "Närmare arbetsmarknaden", "Arbetsrehabiliterande åtgärder" och "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" har liknande svar. Det uppvisas en skillnad mellan behov och tillgång över samtliga frågor. De enda höga värden som redovisas för personer med rätt till LSS är på frågan om "stöd i vardagen" där 89 procent av individerna som uppger att de har behov av stöd med aktiviteter i vardagen även får stöd. Lägst värden uppnås på frågan om samtalsstöd där endast 39 procent av respondenterna som har uttryckt ett behov av samtalsstöd även har tillgång till detta. Ett liknande svarsmönster med diskrepans mellan behov av stöd och det stöd man får finns hos gruppen som inte längre har aktivitetsersättning.

Tabell 13 Antal med pågående ersättning som i enkät svarat att de får stöd av en myndighetsaktör

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
En handläggare på Försäkringskassan?	89	60,8	54	64,8	345	44,1	485	49,1	974	48,7
Minst en myndighetsaktör? ¹¹	127	79,8	71	83,1	611	72,2	669	65,6	1478	70

I tabell 13 redovisas huruvida respondenterna med pågående aktivitetsersättning får det stöd de behöver från myndighetsrepresentanter. Av samtliga respondenter rapporterar 49 procent att de får det stöd de behöver från en handläggare på Försäkringskassan. Av respondenterna inskrivna på Arbetsförmedlingen anser mellan 60 och 65 procent att de får det stöd de behöver av en handläggare på Försäkringskassan. I LSS-gruppen anser 44 procent att de har fått det stöd de behöver av en handläggare på Försäkringskassan. Av gruppen "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" tycker 49 procent att de får det stöd de behöver av en handläggare på Försäkringskassan. Även här är svarsmönstret från de som inte

¹¹ En handläggare på Försäkringskassan, En handläggare på kommunen, En handläggare på Arbetsförmedlingen, En handläggare i ett samordningsprojekt som jag deltar i för att kunna få en avlönad anställning eller gå en vidareutbildning, Min läkare, Andra personer inom hälso- och sjukvården.

längre har aktivitetsersättning liknande. Åtta av tio har som inte längre har aktivitetsersättning har upplevt stöd av minst en myndighetsaktör¹².

Från intervjuer med föräldrar framkommer att myndigheter överlag är dåligt förberedda på att möta personer med en funktionsnedsättning.

"Oftast så är xxx dåligt förberedd inför olika möten. Det skapar en rädsla och en osäkerhet hos henne och hon vill helst inte gå. Nu på senaste mötet var det 3 personer med. Det borde de ha talat om för henne. Vilka som skulle vara med och varför. Kanske borde det inte heller ha varit 3 personer utan enbart en".

Man, barn 24 år

Även sekretessen kring individerna tas upp som ett problem. Av intervjuer med föräldrarna framkommer en brist på möjligheten att hjälpa sina barn när de blivit myndiga. Detta skapar en frustration hos många av de intervjuade föräldrarna. De beskriver att det är svårt att vara förälder till ett vuxet barn. Många känner sig bakbundna i förhållande till myndigheterna eftersom de inte kan och har rätt göra någonting. Några av de intervjuade föräldrarna har fullmakt att företräda sina barn i kontakten med olika myndigheter. Det är föräldrarna som får se till att ansökningar och intyg skickas in, kontakter tas och möten blir av.

"Det är jättesvårt att ha ett myndigt barn och vara förälder. Det är sekretess och allt möjligt annat. Man är både förälder men ändå inte eftersom man inte kan göra någonting. Det är inte lätt".

Kvinna, barn 27 år

Har försäkringskassans handläggare varit aktiva?

En av fyra som *har haft* aktivitetsersättning uppger i enkäten att handläggaren på Försäkringskassan varit aktiv och samordnat insatser.

¹² En handläggare på Försäkringskassan, En handläggare på kommunen, En handläggare på Arbetsförmedlingen, En handläggare i ett samordningsprojekt som jag deltar i för att kunna få en avlönad anställning eller gå en vidareutbildning, Min läkare, Andra personer inom hälso- och sjukvården.

Tabell 14 Antal med avslutad ersättning som i enkät svarat på frågan om Försäkringskassans handläggare varit aktiv under tiden med aktivitetsersättning

Ja		Nej		Vet ej		Totalt	
Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
150	25,9	309	53,4	120	20,7	579	100

Något fler av de som *har* aktivitetsersättning som pågår upplever att Försäkringskassan varit aktiv och samordnat insatser.

Tabell 15 Antal med pågående ersättning som i enkät svarat att Försäkringskassans handläggare varit aktiv med sin samordning av insatser

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ja	85	47,8	50	51,0	281	28,7	447	39,6	862	36,1

Av tabell 15 kan utläsa att de individer som tillhör LSS kategorin i mindre utsträckning än övriga upplever att Försäkringskassan varit aktiv. Den gruppen där flest upplever att Försäkringskassan har varit aktiv i samordningen är gruppen med arbetsrehabiliterande åtgärder hos Arbetsförmedlingen. Men även i den mest positiva gruppen är det dock endast hälften som anser Försäkringskassan har varit aktiv i samordningen

”Försäkringskassan är nog de som finns längst bort i samarbetet. De är mer en myndighet än de andra. De har inte samma del i mitt liv som alla de andra. De skickar bara ut pengar och vet ingenting om mig”.

Man, 28 år, psykisk diagnos

Samordningsuppdraget i praktiken

Forskningen ger som redan nämnts i inledningen till rapporten en samstämmig bild av vilka förutsättningar som krävs för en effektiv samverkan på rehabiliteringsområdet. Merparten av denna forskning studerar dock specifika samverkansprojekt eller verksamheter, antingen enskilt eller ur ett jämförande

perspektiv. En mer ouppmärksammas del av samverkan är samordningen av insatser för enskilda personer. Försäkringskassan har idag ett samordningsuppdrag som innebär att myndigheten ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs när behovet av rehabilitering uppmärksammas. En och samma person kan under den tid de erhåller aktivitetsersättning gå in och ut ur olika samverkansprojekt, verksamheter och insatser av rehabiliterande och/eller aktiverande karaktär. Försäkringskassan kan då vara den enda myndigheten som kontinuerligt har kontakt med den enskilde under hela perioden och som har en helhetsbild av personens medicinska, sociala och arbetsrelaterade behov. Det går alltså att skilja mellan insatser i samverkan och den samordningsprocess som Försäkringskassan ansvarar för.

I detta avsnitt ställs samordningsprocessen i fokus och frågan som ställs är hur Försäkringskassan lever upp till sitt samordningsuppdrag. Kapitlets empiri består av en kvalitativ aktstudie. Närläsningen av ett 60-tal akter ger en bild av hur handläggningen av enskilda ärenden går till. Bilden valideras via intervjuer med handläggare (16 st.), enhetschefer (3 st.) och samordningsansvariga (2 st.).

I det följande presenteras ett perspektiv på samordningsuppdraget och dess förutsättningar att genomföras på ett effektivt sätt. Därefter genomförs en granskning av samordningsuppdragets genomförande i praktiken. Kapitlet avslutas med en diskussion om diskrepansen mellan föreskrivet och faktiskt beteende bland Försäkringskassans handläggare, samt om var gränsen för samordningsuppdraget egentligen går.

Lagstiftarens intentioner

Försäkringskassan ger uttryck för hur lagstiftarens intentioner på samverkansområdet ska förverkligas på individnivå via normering som föreskriver önskvärt beteende hos handläggarna. I det följande beskrivs hur intentionerna kommit att översättas till konkreta handlingsdirektiv för handläggningen av individärenden. Beskrivningen utmynnar i en modell för handläggningens olika steg. Slutligen följer en diskussion om de kontextuella förutsättningarna för att handläggningen ska överensstämma med normeringen.

Lagstiftarens intention:

Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga ska stimulera till aktivitet utan att den ekonomiska tryggheten påverkas och i möjligaste mån tillvarata den unges möjligheter till utveckling och arbete i ungdomsåren, Vägledning 2007:1, version 8, s. 65 (Försäkringskassan, 2007c).

Lag:

Enligt bestämmelserna i 30 och 33 kapitlet, Socialförsäkringsbalken, ska Försäkringskassan identifiera behov av samordning, verka för att insatser av rehabiliterande och/eller aktiverande karaktär kommer till stånd, samt samordna och utöva tillsyn över de insatser som tillhandahålls av andra aktörer.

Normering:

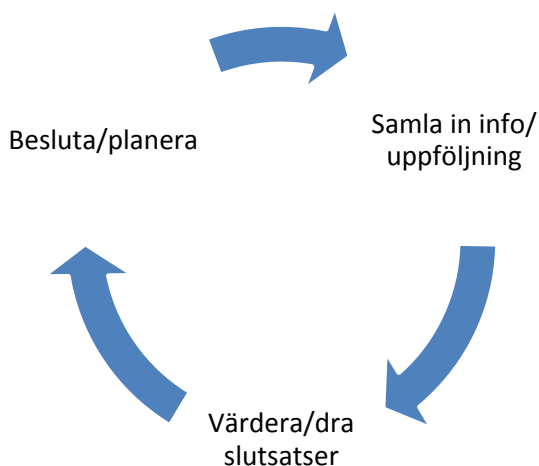
Enligt Försäkringskassans Vägledning och processbeskrivning ska handläggaren utföra följande fyra moment i varje enskilt ärende för att leva upp till samordningsansvaret. Hur ofta dessa moment ska upprepas ska baseras på handläggarens professionella bedömning av den försäkrades behov.

- 1) *Samla in information:* Handläggaren ska kartlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov (Vägledning 2007:1, version 8, s. 15). I samband med beslut om rätten till aktivitetsersättning ska handläggaren också undersöka om den försäkrade har förutsättningar att delta i aktiviteter under ersättningsperioden (ibid., s. 73). Handläggaren ska alltid undersöka möjligheterna till deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering innan bedömning görs av förutsättningar för deltagande i aktiviteter (ibid., s. 74).
- 2) *Värdera/dra slutsatser:* Utifrån den inhämtade informationen ska handläggaren i samråd med den försäkrade bedöma vilka målsättningar som är rimliga att försöka uppnå under ersättningsperioden. Handläggaren ska också bedöma genom vilka insatser (av medicinsk, aktiverande eller arbetslivsinriktad karaktär) målen kan tänkas uppnås.
- 3) *Besluta/planera:* Handläggaren ska upprätta en planering tillsammans med den försäkrade och andra berörda aktörer (t.ex. kommunen,

Arbetsförmedlingen och/eller läkare). Planen ska bl.a. innehålla de mål som ska uppnås, de insatser som behövs för att nå målen och hur insatserna ska följas upp. Försäkringskassan ska samordna och verka för att insatserna kommer till stånd.

- 4) *Uppföljning/samla in information*: Försäkringskassan ansvarar för att de planerade insatserna följs upp. Syftet är att kunna identifiera förändringar, göra bedömningar om hur insatserna fungerar, samt revidera planeringen om så behövs.

Att idealet för önskvärt beteende hos handläggarna beskrivs som en serie arbetsmoment betyder inte att handläggningen ska förstås som en linjär process. Istället bör den förstås som ett samordningshjul som ständigt måste snurra – där ny information kan påverka gjorda bedömningar och leda fram till en reviderad planering. Hur fort hjulet måste snurra för en effektiv samordning kommer att variera mellan individärenden. Vissa ärenden kommer att behöva tätare uppföljning än andra, och ett och samma ärende kan behöva följas upp tätare under vissa perioder än under andra.



Hur väl handläggningen kommer att korrespondera med normeringen är utöver handläggarens samspel med den försäkrade beroende av vilka organisatoriska och interorganisatoriska förutsättningar som föreligger. Med organisatoriska förutsättningar avses den arbetssituation som skapas för handläggarna via

Försäkringskassans ledning och styrning. Här handlar det alltså om relationen mellan handläggaren och Försäkringskassan som organisation. Med interorganisatoriska förutsättningar avses den infrastruktur av nationella och regionala överenskommelser med andra aktörer, organisationer och myndigheter som finns tillgängliga för att möjliggöra samverkan på individnivå. Här handlar det med andra ord om relationen mellan Försäkringskassan och andra aktörer och organisationer.

I det följande görs en granskning av samordningsuppdragets genomförande i praktiken.

Samordning i enskilda ärenden över tid

Som konstaterats i tidigare kapitel finns det bara uppgifter om att någon insats pågår i drygt hälften av alla aktivitetsersättningsärenden. I ungefär 40 procent av ärendena pågår daglig verksamhet via LSS och i 5 procent av ärendena pågår arbetslivsinriktad rehabilitering. Totalt är 12 procent inskrivna på arbetsförmedlingen. Parallellt med detta, eller som enda insats, deltar ungefär 20 procent av dem med aktivitetsersättning i insatser av aktiverande karaktär, t.ex. gymnastik, bowling eller ridning. Bilden är en ögonblicksbild av hur det såg ut i december 2011. Med bakgrund av att det uttalade målet med aktivitetsersättningen är att stimulera till aktivitet och i möjligaste mån tillvarata de försäkrades möjligheter till utveckling och arbete, väcker dessa siffror frågor om varför det händer så lite i så många ärenden.

I det följande avsnittet studeras vad som sker i termer av samordning i enskilda ärenden över tid. Merparten av de ärenden som studerats går att följa från 2008 och framåt¹³. I det andra avsnittet studeras vilka organisatoriska förutsättningar enskilda handläggare har för att uppfylla samordningsansvaret samtidigt i alla sina ärenden. Kapitlet avslutas med en diskussion om diskrepansen mellan föreskrivet och faktiskt beteende, samt om var gränsen för samordningsuppdraget egentligen går.

Samordningsuppdraget på individnivå

Den kvalitativa aktstudien visar att det i många ärenden går långa perioder då den försäkrade är helt utan insatser av aktiverande eller rehabiliterande karaktär. Denna bild bekräftas av de intervjuer som gjorts med försäkrade inom ramen för detta

¹³ Aktivitetsersättningen läggs 2008 till ärendehanteringssystemet ÅHS. Tidigare användes pappersakter.

uppdrag. Studien visar att det inte alltid är samma personer som är utan meningsfull sysselsättning, utan att det berör flertalet periodvis. De försäkrade blir då – vilket inte motsvarar lagstiftarens intentioner – ofta sittande hemma utan aktiviteter eller andra insatser med meningsfullt innehåll.

I det följande presenteras ett typärende som illustrerar hur denna situation kan uppstå i många ärenden. Berättelsen är fiktiv, men bygger på de ärenden som undersökts inom ramen för den kvalitativa aktstudien. Typärendet är skrivet på ett sådant sätt att det inte med ledning av omständigheterna går att härleda det till något bestämt ärende. Det är istället det typiska som lyfts fram. Därefter diskuteras iakttagelserna i relation till handläggarnas egen syn på de svårigheter som finns i arbetet med målgruppen. Vad som framträder är en bild av att Försäkringskassans arbetsprocess, som består av momenten – *Samla in information* → *Värdera/dra slutsatser* → *Besluta/planera* → *Följa upp* – i praktiken är behäftad med en rad svårigheter som i många fall förhindrar en effektiv samordning på individnivå.

Typfallet Mattias

Mattias är en 25 årig man som har haft sin försörjning via sjukförsäkringssystemet sedan han var 19 år gammal. Han har aldrig etablerat sig på arbetsmarknaden och står nu i begrepp att ansöka om ytterligare en period med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Under föregående ersättningsperiod bestod Mattias planering av att – vid behov – hålla kontakt med Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Några arbetsrelaterade eller aktiverande insatser blev aldrig aktuella under den gångna treårsperioden.

När Mattias nya ansökan inkommit till Försäkringskassan blir han kallad till ett personligt möte. Under mötet ger Mattias uttryck för en vilja att komma igång med någon typ av sysselsättning. I läkarutlåtandet som bifogas ansökan beskrivs Mattias aktivitetsbegränsningar som svårigheter med att genomföra uppgifter, att strukturera dagen, hålla dygnsrytmen, svårt att hantera belastning och stress, svårt att planera och komma igång med saker samt bristande kommunikationsförmåga.

Efter mötet upprättar handläggaren en plan för återgång i arbete. Som mål anges att Mattias ska komma ut i arbete. Målet ska nås via en tvåstegslösning som börjar med medicinsk behandling via psykiatri och sysselsättning via ett kommunalt projekt för funktionshindrade som står långt ifrån arbetsmarknaden. I steg två är tanken att Mattias ska delta i arbetslivsinriktad rehabilitering via samverkan Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan. Handläggaren förbinder sig i planen att följa upp insatserna var tredje månad.

När beslutet om rätten till aktivitetsersättning har fattats tar handläggaren kontakt med den som är ansvarig för det projekt som Mattias är tänkt att delta i. Ett möte bokas två veckor senare. Mattias ska då tillsammans med sin handläggare besöka projektets lokaler. Mattias uteblir dock från mötet utan att meddela sig. När handläggaren efter upprepade försök lyckas få tag på Mattias har han ingen förklaring till sin frånvaro. Ett nytt möte bokas och några veckor senare besöker Mattias projektet tillsammans med sin handläggare. Efter att ha fått information om projektets innebörd förklarar Mattias att han gärna vill delta. Mattias skrivs in i projektet och en ny tid bokas då han ska få träffa sin kontaktperson i projektet. Under den månad som sedan går har Mattias en kontakt med sin handläggare från Försäkringskassan. Det framgår då att Mattias deltar i projektet, men att han har svårt att passa tider och komma upp på morgonen.

Efter 14 månader ringer en kurator från kommunens vuxenhabilitering till Försäkringskassan. Kuratorn är bekymrad då Mattias inte har någon sysselsättning. Handläggaren bokar nu ett avstämningsmöte som äger rum efter sju veckor. Här framkommer att Mattias hoppade av det kommunala projektet redan efter 3-4 månader. Mattias tyckte inte att deras verksamhet passade honom. Därefter har Mattias inte haft någon pågående insats. Av dokumentationen framgår också att Mattias inte varit i kontakt med psykiatri på ett och ett halvt år. Under mötet går man igenom vilka sysselsättningsalternativ Mattias har och vad Försäkringskassan kan hjälpa till med. Mattias säger själv att han vill börja studera. Några beslut fattas inte under mötet, utan Mattias ska tänka på saken och återkomma till Försäkringskassan när han bestämt sig för hur han vill göra.

Ett informellt "kontrakt"

Typärendet Mattias är tänkt att illustrera att Försäkringskassans arbetsprocess är uppbyggt kring något som kan liknas vid ett informellt kontrakt. Den försäkrade och hans/hennes personliga handläggare blir parter med olika roller i denna kontraktsrelation. Arbetsprocessen är uppbyggd kring tidsbokningar, telefonsamtal och möten som förutsätter att båda parter tar sitt ansvar och uppfyller sin del av kontraktet för att åstadkomma en effektiv samordning. En handläggare beskriver kontraktet hon brukar försöka upprätta på följande sätt:

När det gäller aktiviteter så brukar jag försöka lägga tillbaka lite ansvar på dem [de försäkrade]. Att de ska höra av sig vid en viss tidpunkt: "Du hör av dig i slutet av april och talar om hur det går och hur det fungerar, om vi ska göra en ny plan eller om vi ska fortsätta med den vi har lagt". Och sen lägger jag en bevakning, och om de inte hör av sig så hör jag av mig. Jag ser det som en del i aktiviteten, att höra av sig, att ta ansvar för sin del.

Det första problemet med detta tillvägagångssätt är att de försäkrade ofta inte förmår leva upp till sin del i överenskommelsen. Trots att Mattias aktivitetsbegränsningar bland annat beskrivs som svårigheter med att genomföra uppgifter och bristande kommunikationsförmåga så tilldelas han ett stort ansvar. Den kvalitativa aktstudien visar att det i praktiken, precis som i typfallet Mattias, är mycket vanligt att den försäkrade inte hör av sig, uteblir från möten och avbryter påbörjade insatser utan att meddela Försäkringskassan. När den försäkrade inte skickar någon signal om att planeringen är bruten fortsätter handläggaren oftast att agera som om att allt fortskrider enligt uppgjord planering. Problemet är då att långa perioder av inaktivitet kan uppstå utan att Försäkringskassan har vetskap om detta. I typärendet finns flera exempel på att Mattias inte förmår uppfylla sin del av överenskommelsen och Försäkringskassans arbetsprocess behöver därför utvecklas för att möta även den typ av behov som han har.

Det första exemplet är när Mattias uteblir från det inbokade mötet med kommunen utan att höra av sig eller förklara varför. Detta fördröjer igångsättandet av de planerade aktiviteterna med ett antal veckor. En bagatell som att utebli från ett möte

kan emellertid få betydligt större och mer allvarliga konsekvenser i andra ärenden. Att t.ex. utebli från ett avstämningsmöte där representanter från både kommunen och hälso- och sjukvården är tänkta att närvara kan förskjuta planeringen i ärenden med flera månader.

I typärendet Mattias är det istället en annan avvikelse från det oskrivna kontraktet som får de allvarligaste konsekvenserna. Mattias hör inte av sig till Försäkringskassan när han avbryter den påbörjade insatsen. Handläggaren i ärendet agerar som om att allting går enligt planeringen eftersom varken Mattias eller någon annan aktör hör av sig till Försäkringskassan. I detta fall är tystnaden istället tecken på att allting inte är som det ska. Mattias går utan pågående insatser i nästan ett år innan detta uppmärksammas av en representant från kommunen. Försäkringskassans har då ingen insyn i vad som sker i ärendet. I detta fall begås givetvis det mest uppenbara "kontraktsbrottet" inte av Mattias, utan av Försäkringskassan. Fjorton månader tillåts gå helt utan uppföljning av den insats Mattias antas delta i. Exemplet blottlägger den andra svaga länken i det informella kontrakt som utgör fundamentet för hur Försäkringskassan organiserar arbetet med samordningsuppdraget.

Sporadiska uppföljningar

Den kvalitativa aktstudien visar att bristen på kontinuerlig uppföljning kan bidra till att förklara varför långa perioder av inaktivitet ofta uppstår. Vad som blir tydligt är att inte heller handläggarna kan leva upp till sin del i det informella kontraktet. I citatet nedan förklarar en av de intervjuade handläggarna varför det finns så många ärenden som präglas av långa perioder av inaktivitet:

Merparten har ju varit sådana. Vi har ju inte hunnit följa upp dem helt enkelt. Man har gjort en fin rehabiliteringsplan i samband med beslutet - där man [förbinder sig att] göra diverse saker – men sen har det inte funnits någon möjlighet [att leva upp till det som planerats].

Precis som i typärendet Mattias vittnar handläggaren i citatet ovan om att planering och praxis är två vitt skilda saker. Bland de intervjuade handläggarna finns också en frustration över denna diskrepans, dvs. att de i praktiken inte följer upp ärenden i

den utsträckning som de själva anser nödvändigt. I citatet nedan beskriver en handläggare konsekvenserna av en allt för sporadisk uppföljning.

Hade man haft möjligheter att göra riktiga uppföljningar av aktiviteterna, i rätt tid, för att se till att det kommer en aktivitet till [skapa progression] – som det var tänkt – då hade det sett annorlunda ut också. Men när man har haft så många ärenden har man varit glad om man fått ut dem att träna [fysisk träning]. Och sen kan det ha gått till när träningskortet gått ut innan man hade nästa kontakt. Och då missar man ju.

Handläggaren menar att eftersom hon inte hinner träffa de försäkrade så ofta så uppstår en distans som gör det svårt att driva ärendet framåt. Risken att "tappa" den försäkrade i processen är då stor. En annan handläggare bekräftar denna bild och säger att:

Man ska göra uppföljningar av aktiviteter – kontinuerligt – för man märker, när vi gör det, det är då individen kan utvecklas och vi kan börja arbetsrehabilitera dem. Men det är det vi fortfarande inte hinner med.

Återigen beskriver citatet brist på uppföljning av uppdraget. Sammanfattningsvis är en framgångsrik samordning på individnivå helt avhängig relationen mellan handläggare och försäkrad. Som redan konstaterats har detta förhållande antagit formen av en kontraktsrelation. Problemet är att ingen av parterna kan leva upp till sin del i kontraktet, så som det är utformat idag. Handläggarna framhåller behovet av att arbeta mycket närmare de försäkrade för en lyckad samordning på individnivå.

Det icke-linjära förhållandet

Den kvalitativa aktstudien ger även för handen att det är vanligt att det uppstår långa perioder av inaktivitet speciellt i ärenden där den försäkrades återhämtning inte följer en linjär utveckling. Även detta handlar om att Försäkringskassans arbetsprocess behöver utvecklas för att möta olika behov.

Som konstaterats tidigare har drygt 75 procent av alla personer med aktivitetsersättning psykiatriska diagnoser. Återhämtningen från dessa tillstånd är oftast icke-linjär utan den går upp och ner. Människor som återhämtar sig från mental ohälsa gör inte det på ett enkelt och okomplicerat sätt som kan beskrivas som en rak uppåtgående kurva. Istället kan återhämtningsprocessen karaktäriseras av att funktioner och symptom kommer och går över tid. Steg framåt återföljs ofta av steg bakåt och perioder av relativ stabilitet och framgång följs inte sällan av perioder av ökande svårigheter. Denna beskrivning gäller oavsett om vi talar om återhämtning som resultat (klinisk återhämtning) eller som process (hitta sätt att leva trots funktionshinder).

Försäkringskassans processbeskrivning är emellertid inte anpassad för situationer där ett steg framåt följs av ett steg bakåt. Den kvalitativa aktstudien visar också att handläggarna har svårt att handskas med situationerna som kan uppstå på grund av återhämtningens icke-linjära natur. Vanligt är t.ex. att handläggaren gör bedömningen att den försäkrade inte är redo för att praktisera eller delta i arbetslivsrelaterad rehabilitering på grund av att den försäkrades funktionsförmåga inte är helt stabil. En sådan bedömning kan även göras efter det att den försäkrade provat på att t.ex. praktisera, men inte förmått fullfölja planerad aktivitet. Det stora problemet är att en sådan tillbakagång oftast inte resulterar i en nya aktiv planering, utan istället följs av långa perioder av inaktivitet. Eftersom handläggarna har ytterst sporadisk kontakt med de försäkrade leder en sådan temporär bedömning ofta i praktiken till att den försäkrade blir utan insatser under resten av beslutsperioden. När det inte finns någon aktiv planering i ärendet tenderar samordningshjulet att snurra mycket långsamt. Uppföljning görs, med få undantag, först inför ett nytt beslut om rätten till ersättning.

Sammanfattningsvis

Vi har i tidigare avsnitt kunnat visa att knappt hälften av alla personer med aktivitetsersättning inte deltar i någon känd insats av rehabiliterande eller aktiverande karaktär i december 2011. Vad genomgången av akterna visar är att en del av förklaringen är att det i många ärenden går långa perioder utan att det händer någonting. Vi har i detta kapitel kunnat härleda denna aktiviteternas periodicitet till

brist på stödsystem i handläggningen. Vad genomgången visar är att det finns ett behov av att arbeta mycket närmare den försäkrade än vad handläggarna gör idag. Att arbeta nära den försäkrade innebär möjligheten att träffas ofta och att ha täta kontakter för att undvika risken att "tappa" individen i processen. En handläggare förklarar vad som krävs och varför:

Många av dem – merparten – är inte självgående. De behöver att man motiverar dem och att man hjälper till med att få fram praktikplatser eller aktiviteter. Det är inte som att säga att du kan gå och leta efter en praktikplats, så fixar vi det här. Utan, de behöver den här hjälpen. Att man är som en coach egentligen. För att de ska kunna komma ut [i arbete].

En enhetschef beskriver hur Försäkringskassan bör arbeta med samordningen för den här målgruppen, men poängterar samtidigt att detta idag inte är möjligt i alla individärenden:

När man väl börjar jobba med en person så är det ju sällan det räcker med att sitta vid ett enda enskilt möte och komma överens om att jamen nu gör du det här, och sen rullar det på. Utan ska man lyckas på ett bra sätt så bygger det på ganska täta kontakter, rätt så regelbundet. Och har man då som handläggare ungefär 120 ärenden att hålla på med, då ligger det i sakens natur att man inte hinner jobba så koncentrerat med alla som man skulle behöva.

I följande avsnitt tar vi upp frågan om varför det inte är möjligt att arbeta på det sätt som handläggare och enhetschefer bedömer nödvändigt.

Samordningsuppdraget i sitt organisatoriska sammanhang

I det föregående avsnittet kunde vi konstatera att många personer med aktivitetsersättning går långa perioder utan att delta i insatser av aktiverande eller arbetsrelaterad karaktär. Om inaktiviteten inte ingår som en överlagd del i den unges planering kan det ifrågasättas om lagstiftarens intentioner om att aktivitetsersättningen ska stimulera till aktivitet och i möjligaste mån tillvarata den unges möjligheter till utveckling och arbete uppfylls. I det föregående avsnittet kunde

vi härleda detta tillkortakommande till relationen mellan den försäkrade och Försäkringskassans handläggare. Denna relation präglas av att parterna har svårt att lyckas leva upp till sina åtaganden. Den försäkrade tilldelas i många ärenden ett alltför stort ansvar vilket leder till att han/hon inte hör av sig, uteblir från möten och avbryter påbörjade insatser utan att meddela detta. Handläggaren åtar sig, å sin sida, att kontinuerligt följa upp de insatser som pågår i ärendet, men misslyckas i många ärenden med att systematiskt följa upp insatserna på det i förväg planerade sättet. Resultatet blir att många personer med aktivitetsersättning går långa perioder utan någon form av sysselsättning. I detta avsnitt lyfter vi blicken och frågar oss varför handläggarna agerar på detta sätt i individärenden, trots att man ser behovet av mer kontinuitet och större närhet. För att göra detta måste vi se till den arbetssituation som skapas för handläggarna via Försäkringskassans ledning och styrning.

Den organisatoriska kontexten

Det sätt på vilket arbetet med aktivitetsersättningen organiseras har varierat över tid och varierar alltjämt mellan olika delar av landet. Under 2012 fick alla Lokala Försäkrings Center (LFC) själva rapportera in hur de organiserat arbetet med aktivitetsersättningen. Den trend som kan skönjas är att mer eller mindre alla LFC går mot en koncentrerad handläggning under 2012. Det betyder att det finns en särskild grupp med handläggare som enbart arbetar med aktivitetsersättningen. Exakt hur detta organiseras skiljer sig dock åt lokalt. Tidigare var det vanligt att en och samma handläggare ansvarade för både sjukpenningsärenden och sjuk- och aktivitetsersättningsärenden. Hela tanken med yrkesrollen personlig handläggare (PHL) som infördes 2008 var att samma handläggare skulle ha ansvar för hela kundengagemanget i försäkringsärenden oberoende av förmånsslag. En enhetschef berättar i en av intervjuerna om varför detta inte var ett bra system:

Man tenderade hela tiden att lägga tyngdpunkten av sitt arbete på det här med tidsbegränsad sjukersättning. Alltså, det var otroligt många ansökningar och de skulle handläggas i viss tid och så. Så det här med aktivitetsersättning blev, ja, man handlade liksom rätten till ersättning och sen i princip ingenting mer [ingen samordning av insatser av aktiverande och arbetsrehabiliterande karaktär].

Idag tycks det råda en stor enighet om att koncentrerad handläggning ger de bästa förutsättningarna för att inom ramen för aktivitetssättningen även kunna uppfylla samordningsuppdraget.

En annan faktor som påverkar handläggarnas arbetssituation är antalet ärende per handläggare. Att få information om ärendemängden per handläggare är inte någon enkel uppgift. Tidsredovisningen som finns visar hur många arbetstimmar som registrerats som arbete med aktivitetssättningen ute i organisationen. Detta kan gälla allt från arbete med att utreda rätten till ersättning till arbetet med att samordna insatser för personer med aktivitetssättning. I tabellen nedan har tidsredovisningen räknats om till antal årsarbetare delat med antalet personer med aktivitetssättning. Som vi kan se i tabellen har antalet ärende varierat från 38 till 127 per handläggare under det gångna decenniet. I tabellen blir det också tydligt att det de senaste tre åren finns en trend mot allt färre ärenden per handläggare. Denna trend bekräftas av de intervjuer som gjorts på tre olika LFC.

Tabell 16. Ärenden per handläggare i december 2003-2012

År/Dec.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 juli
Ärende/Hand-läggare	38	82	102	127	99	120	124	106	98	93

Viktigt är att poängtera att detta är genomsnittliga siffror. Det kan finnas stora lokala variationer. Siffrorna är vidare blinda inför vilka arbetsuppgifter handläggaren utför. Vissa handläggare arbetar bara med att förbereda beslut, andra arbetar med samordning under tiden med aktivitetssättning. Tabellen ovan ger oss i bästa fall en känsla för hur ärendemängden utvecklats över tid.

I det följande görs en genomgång av hur dessa, och andra, organisatoriska faktorer påverkar handläggarnas sätt att arbeta med samordningsuppdraget.

Det är inte alltid behoven som styr

Den styrning som finns inom aktivitetssättningen fokuserar på tiden det tar från det att en ansökan kommer in tills det att Försäkringskassan fattar beslut om rätten till aktivitetssättning. Denna process får ta högst 120 dagar och handläggarnas prestationer mäts efter vilken andel ärenden de lyckas driva till beslut inom utsatt

tid. Detta visar sig få konsekvenser för hur handläggarna handskas med samordningsuppdraget även på platser med koncentrerad handläggning. En av handläggarna uttrycker saken på följande sätt:

Att pröva rätten till [aktivitetsersättning] har prioriterat sig självt hela tiden!

Det är viktigt att här uppmärksamma att handläggarna talar i termer av prioriteringar. Det signalerar att handläggarnas tid och resurser inte är outtömliga (de kan inte göra allt) och att varje val därmed faktiskt förhindrar andra val (något kommer att försakas). En annan handläggare uttrycker det på följande sätt:

Som läget har varit de senaste åren har vi jobbat mycket med rätten till, och inte så mycket med aktiviteter och rehabilitering utav dem som har aktivitetsersättning.

Effekten av att andra arbetsuppgifter faktiskt åsidosätts när handläggarna fokuserar på att hålla beslutstiderna blir än mer påtagliga eftersom antalet ansökningar inte är jämnt utspridda över året. Under våren och sensommaren inkommer många fler nyansökningar än under resten av året. Det handlar då till stor del om personer som har haft aktivitetsersättning för förlängd skolgång, som nu står i begrepp att avsluta sina studier, och som därför ansöker om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Den kvalitativa aktstudien visar också att beslutsfattarna tenderar att fatta beslut om rätten till aktivitetsersättning på årsbasis. Detta leder till att puckeleffekten även finns bland de grupper som redan haft ersättning under två eller tre år. Besluten om ytterligare perioder med ersättning tenderar därför också att behöva fattas under våren och försommaren. När en av handläggarna förklarar hur hennes arbetsdagar ser ut, säger hon att det är:

... beroende på säsong. Nu [under försommaren] är ju möten nedprioriterade för att vi ska hinna alla utredningar [om rätten till ersättning] som är nu, eftersom vi har vår topp. Och sen när hösten sätter igång, då är det mest möten och mindre utredningar.

Citatet ovan indikerar att handläggares arbete uteslutande kan handla om att utreda och förbereda inför beslut under vissa perioder på året. Att handläggningens olika arbetsmoment tillåts vara säsongsstyrd visar tydligt att det inte är behoven av uppföljning eller samordning som styr handläggarnas agerande i enskilda ärenden.

Som organisation skickar Försäkringskassan en klar signal om betydelsen av att hålla beslutstiderna till sina medarbetare. Några tydliga förhållningsregler för hur andra prioriteringar mellan arbetsuppgifter och/eller ärenden ska gå till, finns inte. Detta är anmärkningsvärt då samtliga handläggare som intervjuats för denna studie vittnar om behovet av att prioritera och bortprioritera. I följande avsnitt studeras vad som prioriteras bort då handläggarna i praktiken inte klarar av att göra allt.

Att prioritera mellan ärenden

Den kvalitativa aktstudien indikerar att alla ärenden inte behandlas lika. De fall där det finns beslut om rätten till daglig verksamhet via LSS handläggs i regel på ett speciellt sätt. Ofta, men långt ifrån alltid, vet handläggaren vilken sysselsättning som är planerade för den enskilde under ersättningsperioden. Ibland planläggs tider för uppföljning, t.ex. när den försäkrade har sin sysselsättning via extern placering hos vanliga arbetsgivare. Oftast betraktas dock den försäkrade som "omhändertagen" av kommunen och Försäkringskassans insyn i ärendet är begränsat till den utredning som görs inför ett beslut om en ny ersättningsperiod. I en av intervjuerna bekräftar denna bild av en handläggare med lång erfarenhet som förvisso menar att Försäkringskassan på senare tid blivit betydligt bättre på att uppfylla samordningsansvaret även för denna grupp:

Jag som har jobbat med det här länge vet att man hade så många ärenden och på något sätt fick man prioritera. Och de som hade daglig verksamhet hos kommunen blev bortprioriterade, för där låg ju det stora ansvaret hos kommunen.

Som konstaterades redan i föregående avsnitt framgår det av intervjuerna att handläggarna, på grund av tidsbrist många gånger känner sig tvungna att prioritera bort kontinuerliga uppföljningar. En intressant aspekt som framkommer i intervjuerna är att handläggarna tillskriver olika uppföljningar olika stor vikt:

Det jag nedprioriterar är de personer som ligger längre ifrån arbetsmarknaden eller arbetslivsinriktad rehabilitering, och som man har tänkt ta kontakt med för att se hur det går med den dagliga verksamheten eller hur det går med aktiviteterna. När jag får upp ett sådant ärende kanske jag bevakar fram det några månader till – för att hinna ta dem som närmare arbetsmarknaden.

Det är följaktligen möjligt att konstatera att de prioriteringar som görs mellan individer och grupper av individer inte alltid görs på grund av en individuell bedömning av behovet av samordning eller uppföljning. Istället tycks närheten till arbetsmarknaden vara ett informellt riktmärke för vad som bör prioriteras. Utsikterna för att få en aktiv handläggning torde vara små om du bedöms befinna dig långt ifrån arbetsmarknaden och omhändertagen av någon annan aktör. En av de intervjuade enhetscheferna beskriver vilka prioriteringar som görs på hennes lokala försäkringscenter:

Ibland tenderar vi ju också att prioritera dem som vi ser står ganska nära arbetsmarknaden, som med hjälp av Arbetsförmedlingen skulle kunna komma ut i någon form av anställning eller studier. Så de som vi kanske prioriterar lite lägre är ju de som, ja, de här med aktiviteter. Det är något som ligger ganska långt ner tyvärr – och så ska jag väl ärligt säga att det alltid varit hos oss. De som får aktivitet är väl ungefär de som frågar efter dem.

Vilka är då de ärenden där handläggarna arbetar aktivt med att följa upp och driva på utvecklingen? Genomgången av akterna visar att det är förhållandevis ovanligt att handläggningen är proaktiv, dvs. att handläggarna genom personliga möten, avstämningsmöten eller uppföljningar letar efter impulser för att driva utvecklingen framåt i ärendet. Det vanliga är istället att handläggaren reagerar på impulser utifrån. Typärendet Mattias är ett bra exempel på detta. Först efter att en kurator från kommunen kontaktat Försäkringskassan tar handläggaren initiativ till ett avstämningsmöte. Då uppdateras handläggaren på vad som händer i den enskildes liv och kan på så sätt hjälpa till med samordningen. Detta är vad som kan kallas reaktiv

handläggning. Som framgår av citatet nedan finns det ett stort problem med att under stor arbetsbelastning arbeta reaktivt.

Ofta blir det ju så att vi jobbar med dem som hör av sig själva. Eller att en kontaktperson, en god man, eller någon annan ringer och vill ha igång personen. Ofta handlar det om att de själva hör av sig på något sätt. De blir självprioriterande. Och de som egentligen har de största behoven hör vi kanske aldrig av.

Sammanfattningsvis visar genomgången att handläggarnas arbetssituation, med bristande tid leder till informella prioriteringar som inte utgår ifrån något uttalat ställningstagande om vilka behov som är viktigast att tillfredsställa först. Försäkringskassan har inte tagit ställning till vad som ska prioriteras, annat än att beslut om rätten till förmånen ska fattas inom en bestämd tid. Resultatet tenderar då att bli bl.a. att handläggarna prioriterar de som själva hör av sig, snarare än de som bedöms i störst behov av uppföljning eller samordning.

Gränsen för samordningsuppdraget

Nästan hälften av alla personer som hade aktivitetsersättning i december 2011 deltog varken i insatser av arbetsrehabiliterande eller aktiverande karaktär. Genomgången av akter visar att detta till dels beror på att många ärenden periodvis präglas av inaktivitet. Inaktiviteten uppstår ofta som en konsekvens av att den försäkrade ofta tilldelas ett allt för stort ansvar som han/hon inte förmår leva upp till och/eller av att handläggaren inte följer upp insatser så ofta som anses nödvändigt. Att många ärenden har långa perioder av inaktivitet betyder emellertid inte att Försäkringskassans samordnande insatser är jämt fördelade mellan ärenden. Tvärtom visar genomgången av akter att vissa typer av ärenden systematiskt handläggs på ett mindre aktivt sätt. Intervjuerna vittnar om att det är tidsbrist som leder till att handläggare gör informella prioriteringar mellan ärenden. Problemet är då att det inte alltid är behoven av uppföljning eller samordning som styr handläggarnas agerande i enskilda ärenden.

I detta avsnitt diskuteras ovan nämnda iakttagelser i termer av huruvida Försäkringskassan lever upp till sitt samordningsansvar.

När vi studerar vissa enskilda ärenden är det självklart att Försäkringskassan behöver göra betydligt mer för att fullgöra sitt samordningsansvar. Försäkringskassan kan inte sägas göra tillräckligt för att stimulera till aktivitet och för att hjälpa alla försäkrade att i möjligaste mån tillvarata sin potential till utveckling och arbete. I intervjuerna framkommer att varken handläggare eller enhetschefer anser att de kan uppfylla samordningsuppgiften i alla enskilda ärenden. Handläggarna efterlyser möjligheten att arbeta mycket närmare den försäkrade. Färre ärenden per handläggare skulle enligt intervjuerna garantera en större närhet och kontinuitet. Perioder av inaktivitet skulle då inte behöva uppstå på grund av att handläggarna inte har tid att träffa, följa upp och förnya planeringen med den enskilde. Om vi med effektiv samordning menar att Försäkringskassan i varje enskilt ärende aktivt stimulerar till aktivitet och hjälper den försäkrade att i möjligaste mån tillvarata sin potential till utveckling och arbete, pekar undersökningen på att mer tid per ärende skulle möjliggöra en mer effektiv samordning.

Såväl genomgången av akterna som intervjuerna med handläggarna pekar dock på att ju mer handläggarna arbetar med samordning, desto mer arbete blir det. Det mest påtagliga exemplet av att arbete genererar mer arbete återfinns i handläggningen av ärenden där den försäkrade befinner sig i daglig verksamhet via LSS. I denna typ av ärenden har det under lång tid varit praxis att betrakta den försäkrade som "omhändertagen". Om inga signaler på behov av samordning kommer utifrån, handläggs ärendet som om att det inte finns något behov av samordning. Som redan konstaterats har antalet ärenden per handläggare sjunkit något på senare tid. På vissa LFC har detta inneburit att handläggarna fått mer tid med att även arbeta proaktivt med ärenden där den enskilde befinner sig i daglig verksamhet. Genom att olika aktörer kring den enskilde nu kontaktas av Försäkringskassan bildas en kedja av impulser som driver ärendet framåt. De olika aktörernas förväntningar på varandra skapar nu ett nätverk av kommunikation kring individen som gör det omöjligt för de olika aktörerna att förhålla sig passiva. Ett proaktivt förhållningssätt skapar alltså arbetsuppgifter i sig, men aktiverar även ett nätverk kring den enskilde. Detta innebär att fler signaler även kommer att komma utifrån. Att arbeta proaktivt medför mer reaktivt arbete. Ju mer handläggarna arbetar med samordning, desto mer arbete blir det alltså.

Det är ganska enkelt att i enskilda ärenden peka på att Försäkringskassan behöver göra mer för att fullgöra sitt samordningsansvar. Betydligt svårare är det då att uttala sig om när en handläggare gjort nog i ett enskilt ärende. I praktiken kunde handläggaren alltid gjort lite till. Handläggaren kunde ha ringt den försäkrade ytterligare en gång, tagit ytterligare en kontakt med kommunen eller hälso- och sjukvården för att försäkra sig om att allt går enligt plan. Problemet är att samordningsuppdraget i praktiken är gränslöst.

Idag är alla som handläggare intervjuats för denna studie överens om att samordningsansvaret behöver prioriteras. Men ju mer handläggarna arbetar med samordning, desto mer arbete kommer det att bli. Frågan som först måste besvaras är därför: var går gränsen för vad som omfattas av Försäkringskassans samordningsuppdrag? Som det är formulerat idag kan det i princip innefatta allt som på kort eller lång sikt kan hjälpa den enskilde till aktivitet, utveckling och arbete. Det är lätt att misslyckas med ett sådant uppdrag, men nästan omöjligt att lyckas eftersom det inte innehåller någon borte gräns. Detta påkallar behovet av en tydligt definierad ambitionsnivå på området. När en sådan ambitionsnivå lagts fast är det också möjligt att uppskatta i hur en handläggare aktivt förmår stimulera till aktivitet, utveckling och arbete.

En litteraturöversikt över psykiska funktionsnedsättningar och arbete- vad fungerar?

På uppdrag av Försäkringskassan har institutionen för Arbets- och Miljömedicin vid Uppsala universitet gjort en systematisk litteraturöversikt. Litteraturöversikten publiceras i sin helhet som en bilaga till denna rapport och för texterna ansvarar författarna till översikten.

Enligt överenskommelsen mellan Uppsala Universitet och Försäkringskassan sattes fokus på strategier (metoder, åtgärder) som leder fram till det bästa utfallet för unga individer med psykiska besvär vad beträffar meningsfull daglig sysselsättning och ytterst sysselsättning på den reguljära arbetsmarknaden. Litteraturöversikten avsågs omfatta olika grenar av medicinsk forskning samt sociologisk, psykologisk, ekonomisk, social, statsvetenskaplig och vårdvetenskaplig forskning. Värderingen av insamlad litteratur har inriktats mot

uppföljande studier med longitudinell design och översikter av sådana studier. Tvärsnittsstudier har beaktats i de fall där det bedömts finnas uppföljande studier med god kvalitet.

Nedan följer en kortare sammanfattning av litteraturöversikten samt en presentation av de viktigaste resultaten.

Individual Placement & Support (IPS)

Denna rehabiliteringsstrategi har tilldragit sig stor uppmärksamhet och kan sägas utgöra en grundmodell för rehabiliteringsstrategier som syftar till aktiv normal anställning på arbetsmarknaden. Den kan, men behöver inte komma till stånd via en understödd anställning eller "Supported Employment" (SE). Strategin benämns Individuell Arbetsplacering och Stöd, "Individual Placement and Support" i förkortning IPS.

IPS skiljer sig från traditionella arbetsinriktade rehabiliteringsprogram i att den grundas på principen att arbetsplacering föregår utbildning för arbetet. I de flesta länder tillämpas en omvänd ordning som innebär att utbildning föregår placering i aktivt arbete eller anställning i någon form.

IPS organiseras enligt följande sju grundprinciper:

- Fokus på ett normalt arbete på den vanliga arbetsmarknaden.*
- Programmet tillhandahålls alla som vill ha en anställning. Arbetsmotivation och frivillighet i en regelrätt överenskommelse utgör kritiskt grundläggande förutsättningar. Den psykiatriska diagnosen är inte avgörande i urval till IPS programmet.*
- Snabbt insatt sökande av arbete/anställning under assistans.*
- Individens val och önskan om arbete respekteras noga.*
- Individualiserat stöd både i sökande av arbete och i erhållet arbete under lång tid.*
- Nära, integrerat samarbete mellan arbetscoach ("Employment Specialist") och medicinska och andra rehabiliteringsteam.*

- *Personlig service till deltagare i IPS-program om sociala rättigheter och försäkringsbidrag.*

Modellen med IPS infördes i USA under slutet av 1990-talet. Under 2012 tillades en åttonde princip om etablering av ett nätverk i projektets närområde. Nätverket är tänkt omfatta intresserade arbetsgivare/företag/organisationer och rehabiliteringsteam eller motsvarande rehabiliteringsorganisationer.

Det är idag inte möjligt att utifrån denna litteraturöversikt att bedöma effektiviteten i de enskilda programelementen och hur de bidrar till en samlad effekt. Effekter kan, där de förekommer, i princip tillskrivas den tidiga arbetsplaceringen, den befattningsinriktade utbildningen, arbetscoachningen, det långvariga stödet och övrigt omhändertagande, stöd av kompetenta team för rehabiliteringen och graden av integrering av arbetsmarknads- respektive individinriktade åtgärder. De ingående programelementen verkar i kombinationer där interaktionseffekter sannolikt förekommer. Dessa är heller inte kända.

Sammanfattande kommentar

Enligt litteraturöversikten finns det nu tillräckligt många studier utförda med design av Randomized Controlled Trial (RCT) för bedömningen ***att IPS utgör en evidensbaserad och effektiv metod med inverkan på de arbetsrelaterade målvariablerna "Competitive Employment", "Supported Employment" och arbetsaktivitet.***

En viktig reservation är att de granskade studierna är planerade och utförda i sina respektive nationella sammanhang. Det innebär med avseende på resultat att de inte är direkt jämförbara. Det går inte att utgå från ett antagande att studierna tillkommit under samma förutsättningar. Det finns med andra ord skillnader mellan länder i generering av studerade populationer.

Forskargruppens bedömning är att bevisningen för effekter av IPS är god och den baseras på uppföljning av randomiserade studier med högt evidensvärde. De observerade effekterna på arbetsrelaterade utfall såsom "Competitive Employment",

”Supported Employment” och arbetsaktivitet har hög trovärdighet och kan ses som orsakade av interventionen. Randomiseringen med matchning i studiedesignen utgör en garanti för att effekten inte kan tillskrivas en statistisk slump eller störningsfaktor (confounder). Den selektion som görs före randomisering för att rekrytera studiepopulationer med hög arbetsmotivation räcker inte som förklaring till de effekter som iakttas av interventionen (IPS). I de redovisade studier där effekter på indikatorer på anställningsbarhet iakttagits orsakas dessa av en kombination av selektion till studerad population och intervention.

Faktorer som förtjänar uppmärksamhet är de granskade studiernas inramning i en kontext av nationell lagstiftning och andra regelsystem – socialförsäkringar och förhållanden på arbetsmarknaden. Dessa förhållanden kan skilja sig vid jämförelser mellan länder och påverka val av studiepopulationer, utformning av rehabiliteringsprogram med interventioner och utvärderingen av dessa.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT utgör generiskt begrepp för kognitivt beteendeariktad intervention som kan ges varierande inriktning och innehåll. Fokus kan vara på specificerade kognitiva funktioner eller alternativt utgöra ett program med bredare innehåll som täcker flera kognitiva funktioner. Interventionen kan genomföras med varierande intensitet och längd.

De KBT-metoder som refererats till i studierna är:

- Cognitive Behavioural Therapy
- Neurocognitive Enhancement therapy (NET)
- “Thinking Skills for Work”
- Indianapolis Vocational Intervention program
- Training of Self-Management Skills for Negative Symptoms (TSSN) och Computer- Assisted Cogn Behavioural Strategy (CAST)
- Work Social Skills Training (WSST)
- Cognitive Remediation Model

I studierna kunde måttliga effekter observeras på målvariablerna anställning, arbetsaktivitet, arbetad tid och arbetsförtjänst. Resultaten är tydligast när KBT kombineras med arbets-marknadsinriktade åtgärder som syftar till normalt anställningsförhållande ("Competitive" eller "Supported Employment" (CE) eller (SE).

Litteraturöversiktens material medger inte några ingående jämförelser mellan möjliga och lämpliga handlingsalternativ avseende KBT. Det framstår som ett rimligt antagande att interventioner av detta slag kan ses som strategier för förstärkning av rehabiliteringsprogram med arbetsmarknadsinriktning.

Sammanfattande kommentar

KBT är inte samma homogena begrepp som IPS och de beskrivna interventionerna representerar många olika program. ***Det saknas enligt forskargruppen vetenskapligt stöd för att välja ut någon enskild KBT-metod för värdeomdömet att vara evidensbaserad i relation till ett mål av arbetsrehabilitering för psykiskt sjuka och funktionsstörda.*** För detta krävs flera oberoende utförda studier som bekräftar varandra.

Några av de utvalda studierna talar dock för hypotesen att KBT som individinriktad interventionsmetod kan vara ett verksamt komplement till en arbetsmarknadsinriktad intervention av annat slag.

Sammanfattning av resultat – IPS och KBT

I ett flertal studier har konstaterats att vid intervention som följer IPS modellen observeras en högre andel arbetsaktiva än i en grupp som inte är föremål för interventionen. Undantag finns och i en studie genomförd i England iaktogs inte några säkra effekter (Howard, Heslin, Leese, McCrone, Rice, Jarrett et al., 2010). I en studie organiserad som samarbete mellan sex Europa-länders centra var effekterna små eller måttliga (Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti, Knapp et al., 2007).

För kognitiv beteendeterapi observerades i flera studier efter KBT intervention en högre andel arbetsaktiva och andel anställda i normalt arbete på den reguljära arbetsmarknaden ("Competitive" respektive "Supported Employment"). Denna skillnad framstod tydligast i studier där interventionen utformats till att utgöra en

kombination av arbetsmarknadsinriktade åtgärder och individinriktade insatser i form av KBT.

Clubhouse Model

Denna form för rehabilitering etablerades i USA redan i början av 1950-talet. Dess utgångspunkt var från början en reaktion på den brist på arbetsinriktning som kännetecknade dåtida psykiatrisk rehabilitering i USA. Clubhouse-konceptet drivs av en lekman-naorganisation där insatser av vårdsektorns professioner har en mindre framträdande plats. Arbetsmetoden är omhändertagande av personer av med psykisk sjukdom eller funktionssvaghet i en icke-psykiatrisk miljö som utformats för att stärka individens autonomi och att främja socialt stöd i gemensamma uppgifter. I ett Clubhouse tillhandahålls arbete – benämnt "Transitional Work" eller tillfälligt arbete – som möjlighet till träning och utveckling innan individen söker "Supported Employment" eller "Competitive Employment" på den öppna marknaden. Clubhouse-modellen har senare lett till utvecklingen av många varianter och hybridformer för psykiatrisk rehabilitering med inslag av "transitional" eller "supported" anställning i någon form. Många av dessa former av Clubhouse bedrivs i samarbete med vårdorganisationer i USA.

I evidensgraderingen har denna studie utförd av två forskargrupper utan känd kontakt med varandra fått värderingen "***begränsad evidens***" med hänvisning till avsaknad av information om interventionens konkreta innehåll.

IPS i Sverige

I Sverige är erfarenheter av tillämpning av IPS fortfarande begränsade. I en nyligen publicerad studie

har två fall som ingår i ett pågående projekt med en ansats av Individual Placement and Support-program använts (Bejerholm, Larsson, & Hofgren, 2011). Författarna har påtalat ett antal praktiska problem som projektet stött på. Dessa beskrivna fallscenarion aktualiserar frågeställningar av principiell räckvidd som berör förutsättningarna i Sverige när program för IPS och för "Supported Employment" anordnas.

Bland svenska forskare finns nu en pågående diskussion om möjligheterna att tillämpa en IPS-strategi i Sverige. Frågan gäller IPS i ett sammanhang av nu gällande regelsystem för anställning, arbetsrätt och socialförsäkringar. Författarna diskuterar detta i en artikel med en analys som leder till reservationer för möjligheten att tillämpa Supported Employment i sin originalmodell som en förnyelse i Sverige (Hasson, Andersson, & Bejerholm, 2011). De hänvisar till att Sveriges nuvarande regelsystem för närvarande är utformat för att huvudsakligen vara ett stöd för den stegvisa rehabiliteringsmodell som utgör etablerad praxis. Detta medför praktiska svårigheter vid tillämpning av en renodlad IPS strategi. En sådan strategi kan sägas utgöra ett paradigmskifte i samordning av utbildning och arbetsplacering, med eller utan stöd i någon form. I stället för den vanliga tillämpade ordningen i Sverige med utbildning först, därefter arbetsplacering tillämpas som redan nämnts i IPS en omvänd ordning som innebär att arbetsplacering föregår utbildning.

I samverkan mellan arbetscoacher ("Employment Specialists") och myndighetsföreträdare (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Socialtjänsten) eller medlemmar i rehabiliteringsteam har vissa samarbetssvårigheter observerats. Svårigheter som i första hand har sin grund i en oro kring att medverkan i ett IPS-projekt kan försämra möjligheterna att få ersättning från socialförsäkringen. Detta har främst gällt rätten till sjukpenning. Från medicinska vårdteam har ibland framförts farhågor att föreslagen anställning skulle ha menlig inverkan på den psykiska hälsan och därmed vara kontraproduktiv till ett övergripande rehabiliteringsmål. Utöver detta har tillkommit en osäkerhet om konsekvenser av ändringar i ersättningssystemen och införandet av rehabiliteringskedjan. Även den ökade restriktiviteten vid beviljande av sjukersättning har enligt forskarna påverkat både de försäkrade, försäkringskassans handläggare och andra beslutsfattare i sitt förhållningssätt i samband med tillämpningen av gällande regler.

Ett återkommande hinder i sökande efter normalt arbete på den reguljära arbetsmarknaden, s.k. "Competitive Employment" enligt IPS modellen utgjordes av en utbredd förväntan i företag och organisationer på ekonomisk kompensation vid

en anställning. Vid förslag om anställning av personer som man endast hade knapphändig information om fanns en tydlig tvekan.

Allmänt kan sägas att handläggare på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten visade ett stort intresse för IPS-modellen. Svårigheter uppstår när principen om "arbete först, därefter utbildning" ska tillämpas som är IPS-modellens grundläggande ansats till förnyelse.

Forskarnas slutsats (Hasson et al., 2011) är i sammandrag:

- En förnyelse som syftar till att göra Evidence-Based praktik i yrkesinriktad rehabilitering tillgänglig för alla försäkrade är svår att få till stånd i nuvarande svenskt socialförsäkringssystem
- Vad gäller IPS och SE finns två tänkbara vägar till förnyelse:

1) Anpassning av IPS originalmodell till de principer som styr nu tillämpad modell. Detta innebär risk för att någon av de bärande komponenterna i IPS förloras alternativt,

2) Sökande av möjlighet att påverka de sammanhang där rehabiliteringen utförs i syfte att förbättra samarbetet och integrationen mellan engagerade aktörer för att få hållbar kvalitet och konsekvens (svarande mot engelska termen "fidelity") i yrkesrehabilitering.

I en nyligen framlagd avhandling vid Umeå Universitet har IPS-modellen granskats (Nygren, 2012). Avhandlingen grundas på en genomgång av aktuell litteratur och analys av observationer gjorda i en fältstudie av IPS tillämpning i två kommuner. Resultaten från fältstudien har publicerats 2011 men studien har inte utförts i en kontrollerad design vilket begränsar förutsättningarna att dra slutsatser om ansatsens effektivitet (Nygren, Markstrom, Svensson, Hansson, & Sandlund, 2011). Nygrens sammanfattande slutsats återges här i sin helhet från sidan 10 i avhandlingens sammanfattning under rubriken "Slutsats":

"Denna avhandling representerar ett av de första försöken att studera IPS i en svensk kontext som kännetecknas av att det är socialtjänsten som är delvis ansvarig för

psykiatrisk rehabilitering. Interventionen kan betraktas som användbar, men designen på denna studie tillåter inte att dra slutsatser om dess effektivitet. Genom att samla mer detaljerad information från klienters och IPS-coachers erfarenheter är det möjligt att få syn på processer som uppstår i en IPS-intervention och några av de komponenter som är av speciell betydelse för denna. Konsekvenserna av att ha högre grad av psykiatriska symtom tycks vara en barriär mot att bli anställd. En viktig förutsättning för att kunna förverkliga IPS uppfattas vara koordinerade samarbeten mellan de involverade aktörerna.”

Socialstyrelsen har nyligen offentliggjort två olika publikationer och där kommenterat samt i försiktiga ordalag rekommenderat både IPS och KBT som värdefulla metodansatser i arbetsrehabilitering av psykiskt sjuka och funktionshindrade. De är ”Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning” (Socialstyrelsen, 2011) respektive ”Manual för att bedöma programtroheten för individanpassat stöd till arbete – enligt modellen Individual Placement and Support” (Socialstyrelsen, 2012).

Det är viktigt att alla berörda myndigheter och rehabiliteringsteam har insikten att IPS modellens tillämpning grundas på ett paradigmskifte för arbetsinriktad rehabilitering av psykiskt sjuka och funktionshindrade. De hittills publicerade svenska erfarenheterna visar tydligt att när det gäller ansatser att utvärdera detta paradigmskifte behövs engagemang av motiverade yrkesföreträdare. Dessutom behövs en kompetent och engagerad arbetsorganisation med klargjorda befogenheter.

Vad pågår i våra grannländer?

Utöver den vetenskapliga studien av metoder som redovisats ovan har en genomgång gjorts av utredningsmaterial och kunskapsläge i frågan i några av våra grannländer: Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.¹⁴

För det första kan det konstateras att det även i dessa länder förekommer psykiska diagnoser i 75-80 procent av de fall för personer under 30 år som har ersättning.

¹⁴ Peter Westerholm har genomfört denna del av utredningen.

Samtliga länder har formulerat strategiplaner med en strävan om att få med alla i arbetslivet, inklusive personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Så långt finns det ingen större skillnad mellan dessa länder och Sverige.

En nyligen avslutad Norsk statlig utredning "Arbeidsrettede tiltak" (NOU 2012:6) har i likhet med den studie som genomförts på Institutionen för Arbets- och miljö medicin på Uppsala Universitet för vår räkning konstaterat att studier av effekterna av IPS som genomförts i USA: "ser ut att relativt entydigt påvisa klart positiva effekter. Studier utförda i Europa är inte lika entydiga vilket kan hänga samman med att tröskeln för att komma in på arbetsmarknaden kan vara högre än i USA. Även om många av dem som deltar i IPS program får bli anställda eller får arbetsuppgifter kan arbetslönen vara så låg att deltagarna kommer under fattigdomsgränsen."¹⁵

En utredning som genomförts av Danmarks Arbetsförmedling (Christensen och Nordenfelt 2011) kommer fram till följande:

- Bevisning för att Supported Employment (SE) och Individual Placement and Support (IPS) är mest effektiva i tillskappande av möjlighet till anställning på den reguljära arbetsmarknaden hos personer med psykisk sjukdom.
- Stark bevisning för att IPS inte leder till stress, försämring av symtom eller har annan negativ inverkan på deltagarna i sådana program.
- Bevisning finns att Pre-Vocational Training (utbildning och training före anställning) inte medför starkare anknytning till reguljär arbetsmarknad än standard terapi. Dessutom har en lång utbildningstid i en skyddad miljö endast en begränsad effekt och då sådan uppnås gäller den inte på den reguljära arbetsmarknaden.
- Det finns ingen bevisning för att psykiatrisk, medicinsk och psykologisk behandling leder till anställning på den reguljära arbetsmarknaden om inte en riktad insats som syftar till anställning ingår som en del av programmet. Därutöver finns stark evidens för att SE och IPS bör vara en integrerad del av den psykiatriska behandlingen för att nå bästa möjliga effekter.

¹⁵ Peter Westerholms sammanfattning.

Utöver detta kan tilläggas att "Realizing ambitions – Better employment support for people with a mental health condition", skriven av Rachel Perkins, Paul Farmer och Paul Litchfield (2009) på uppdrag av Storbritanniens Department of Work och Pensions (DWP) förespråkar också IPS i samband med en genomgång av litteraturen.

Sammanfattningsvis leder separata utredningar i Danmark, Norge och Storbritannien som nyligen gjorts på uppdrag av statsmakterna eller administrationen till samma slutsatser som dras i den studie som genomförts av Peter Westerholm et al. på uppdrag av Försäkringskassan. Slutsatsarna är att enbart medicinsk behandling sällan är tillräcklig om målet är anställning på den reguljära arbetsmarknaden. En initial utbildningsinsats riskerar inlåsning i utbildning. Supported Employment kan vara framgångsrik men har inte samma evidens-baserad grund som Individual Placement and Support – som egentligen förespråkar en modell där individen börjar med en anställning. Den evidens som citeras är huvudsakligen den evidens som den Westerholm et al. har funnit i sin litteraturstudie, vilket härstammar från studier genomförde i USA där institutionella trösklar (lagar och fackliga avtal) till inträde i arbetsmarknaden saknas. Detta tyder på att bl. a. subventionerade löner – kan behövas för att IPS ska vara framgångsrik för ett större antal personer i Sverige.

Vad pågår inom samordningsförbunden?

Som komplettering till den vetenskapliga litteraturöversikt som redovisats ovan har en genomgång gjorts av utvärderingar och projekt finansierade av samordningsförbunden¹⁶. Samordningsförbunden får inte bedriva någon egen rehabiliteringsverksamhet. De insatser som finansieras av förbunden utförs vanligtvis hos någon av de fyra parterna d.v.s. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun eller landsting. Förbunden får inte heller fatta beslut om enskilda individers deltagande i insatser.

Målgruppen för samordningsförbundens stöd ser litet olika ut i olika delar av landet men utgörs i huvudsak av individer med psykiatriska diagnoser. Arbetet bedrivs genomgående i projektform. Det rör sig ofta om relativt små och begränsade projekt.

¹⁶Finansiell samordning är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, ett landsting, samt en eller flera kommuner och ska underlätta en effektiv resursanvändning. Ett samordningsförbund är att jämföra med andra offentliga myndigheter, men har inte rätt att besluta i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda.

Genomgående verkar projekten ha använt Supported Employment, SE, metodiken i någon form. De är litet olika utformade och det är inte alltid redovisat vilken formell kompetens de olika projekten förfogar över. Vissa har en tydlig tidsbegräsning i antal månader man kan vara inskriven i projektet medan andra har ett mer öppet slut. Det finns också en skillnad i upplägget gruppverksamhet/individuella insatser mellan projekten.

Genomgående redovisar projekten att de uppnått de mål man ställt upp och att man många gånger även överträffat målet. Hur målet satts varierar. Ett vanligt mål är att individerna ska komma ut i arbete eller studier i ungefär 40 % av fallen. För att bedöma resultaten skulle man dels behöva följa individerna över tid, dels ha en kontrollgrupp. I en del fall redovisas arbete/arbetspraktik sammantaget vilket gör det svårt att tyda resultaten.

De Pay off¹⁷ utvärderingar som gjorts av vissa projekt visar att det är lönsamt att satsa på den här typen av insatser. Det är dock svårt att veta hur hållbarheten i lösningar ser ut. Lönsamheten bygger på att de som efter projektets slut fått en egen försörjning även på sikt klarar att försörja sig genom arbete. Hur många av de lyckade rehabiliteringsfallen som i verkligheten är kvar i arbetslivet efter tre år vet vi inte. Urvalet av projektdetagare är förmodligen inte heller representativt för gruppen med aktivitetssättning och då är det svårt att värdera resultaten. Urvalet för att ingå projektet är att individen inledningsvis bedömts ha en möjlighet att kunna komma ut i arbete efter de stödsatser som erbjuds.

Genomgående pekar utvärderingar av projekten på att det är viktigt med ett långvarigt stöd till individerna för att de ska kunna få och behålla jobb. Problemet är vem som ska stå för det långsiktiga, kanske livslånga, stödet till en del personer för att de ska klara av att arbeta. Av utvärderingarna framgår också att mer fokus behövs också på stödet (inte bara i form av pengar) till arbetsgivare om fler personer med funktionsnedsättning ska kunna få anställning.

¹⁷ Pay off-metoden eller återbetalningsmetoden är en metod som används för att räkna ut hur snabbt en investering betalar sig själv. Företaget Pay Off används ofta av samordningsförbunden för att utvärdera insatser.

Ett stort problem enligt flera av rapporterna är att finna arbetsgivare som är beredda att ta emot personer med funktionshinder. Det största hindret är inte alla gånger lönekostnaden, även om ett direkt ekonomiskt stöd är viktigt. Det handlar framför allt om det faktum att med en anställning följer så mycket mer i form av ett arbetsgivaransvar. Arbetsgivaren erbjuder en engagerad arbetsplats med arbetsuppgifter anpassade utifrån arbetstagarens förmåga och han eller hon bidrar med sin arbetsinsats. Men någon behöver svara för det sociala stödet så arbetsgivaren kan fokusera på arbetet. Detta stöd och vetskapen om att de som ger det sociala stödet finns och vid behov kommer till arbetsplatsen är avgörande.

Samordningsförbunden verkar arbeta isolerat på lokal nivå i kommunen och implementering av verksamheten är svår. Många beskriver att man är medveten om att frågan om fortsättning är viktig men det finns sedan ingen lösning. De verksamheter som blivit en fortsättning har ofta landat i ett nytt avgränsat projekt men få verkar ha funnit någon kontinuerlig form för samarbetet.

Nedan redovisas en kort sammanfattning av ett projekt som exempel på där implementeringsproblematiken diskuterats.

SATSA, Örebros samordningsförbund

Målgruppen för projektet har varit personer med diagnosen Aspergers syndrom/högfungerande autism i åldern 19-30 år. För att delta i projektet skulle personen bedömas ha eller kunna få en arbetsförmåga.

Antal: Totalt har 55 personer har antagits

Mål: Underlätta för individen att få och behålla ett arbete samt att öka intresset hos arbetsgivare att anställa personer med funktionshinder av detta slag.

Resultat: Av de 55 personer som ingått i projektet har 15 personer fått någon form av anställning, med eller utan lönesubvention.

Fortsättningen: En bedömning gjordes att SATSA som helhet inte kan ingå i någon myndighets uppdrag eftersom upplägget förutsätter insatser från flera olika

uppdragsgivare. En lång process inleddes och diskussioner genomfördes i olika forum med fokus på hur SATSA modellen ska kunna implementeras. Den stora frågan som ställdes var hur en finansieringsplan skulle kunna se ut. Vem ansvarar för att målgruppen ska få det stöd som den behöver enligt SATSA modellen? Utifrån dessa diskussioner i både styrgrupp, resursgrupp och med ansvariga politiker, enades man om att det enda förslaget som kan uppfylla de behov som finns hos målgruppen, är att det skapas en fristående verksamhet som långsiktigt tar ansvar för och arbetar vidare enligt SATSA modellen. Förslaget mottogs positivt från samtliga och det förordades att SATSA från och med den 1 januari 2011 skulle avslutas och att istället en ny ansökan skall göras till samordningsförbundet för ett implementeringsprojekt med nya mål.

Totalt inkom ett drygt 40-tal utvärderingar och projektbeskrivningar från samordningsförbunden. Sammanlagt 23 projektutvärderingar ingår i den systematiska genomgången. Utvärderingarna har mycket skiftande kvalitet, vilket inte nödvändigtvis behöver innebära att det arbete som utförts har haft motsvarande kvalitetsskillnader. Vissa har använt sig av externa utvärderare medan andra gjort en summarisk egen rapport. Slående är att alla projekt bedömer att de varit framgångsrika och nått sina mål men många kan efteråt inte finna former för att införliva arbetsmetoden i den löpande verksamheten. Undantag finns dock.

Många projekt har under det senaste året startats med stöd från och i samarbete med Europeiska socialfonden (ESF). Dessa har ännu inte kommit så långt att de kunnat utvärderas. Flera av projekten är dock upplagade med en design för att kunna dra mer vetenskapliga slutsatser av effekterna från insatserna.

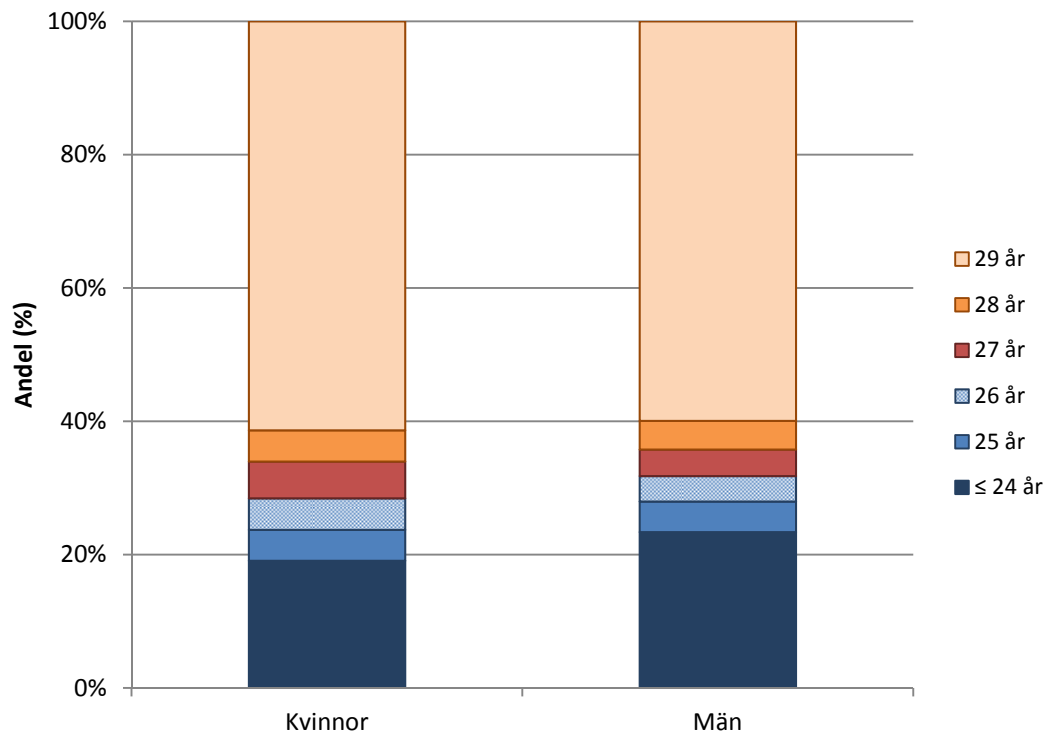
Framtid, ekonomi och arbetsmarknad

Vad händer med de som lämnar en period med aktivitetsersättning?

För att studera utflödet (se definition bilaga 2) från aktivitetsersättningen har vi valt år 2009 för att studera situationen året efter. År 2009 avslutade drygt 3 600 personer en period med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. De allra

flesta, 61 procent, avslutade perioden vid 29 års ålder som också är den högsta möjliga ålder för vilken aktivitetsersättningen kan betalas ut (Figur9).¹⁸

Figur 9– Åldersfördelning (%) vid utflödet år 2009



En avslutning av aktivitetsersättning innan 29 års ålder indikerar att personen har återfått sin arbetsförmåga i sådan utsträckning att den inte längre bedöms vara berättigad till aktivitetsersättning. Ett avslut vid 29 års ålder betyder däremot inte nödvändigtvis att arbetsförmågan har återfåtts, utan beror snarare på förmånens konstruktion där det finns en övre åldergräns för vilken ersättningen kan betalas ut. Personer som stannar kvar i ersättningen till den övre åldergränsen är därmed i hög utsträckning de som har en svårare sjukdomsproblematik och som har svårare att återfå sin arbetsförmåga. Av detta följer även att de i genomsnitt har haft aktivitetsersättning under en längre tid än de som avslutade ersättningsperioden innan 29 års ålder. I genomsnitt hade de som avslutade sin ersättningsperiod vid den övre åldergränsen haft ersättningen i 51 månader (medianen), eller motsvarande

¹⁸ Aktivitetsersättning kan betalas ut till och med månaden innan personen fyller 30 år.

drygt 4 år¹⁹. Personer som avslutade sin ersättningsperiod innan 29 års ålder hade i genomsnitt haft ersättningen i 35 månader (medianen), eller motsvarande närmare 3 år.

Totalt 72 procent av de som avslutade sin period med aktivitetsersättning före 29 års ålder har därefter varit inskrivna på Arbetsförmedlingen (Tabell 17).

Tabell 17 - Andel (%) av utflödet år 2009 per försörjningskälla

Försörjningskälla	Utflöde (< 29 år)			Utflöde (29 år)		
	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga
Inskrivna på Arbetsförmedlingen	68 %	76 %	72 %	63 %	57 %	60 %
Pensionsgrundande inkomst år 2010 av förvärvsarbete	56 %	54 %	55 %	32 %	23 %	28 %
Sjukersättning	-	-	-	88 %	88 %	88 %
Utflöde (Antal)	751	682	1 433	1 192	1 020	2 212

Not: Försörjningskällorna är inte ömsesidigt uteslutande och därmed summerer inte andelarna till 100%

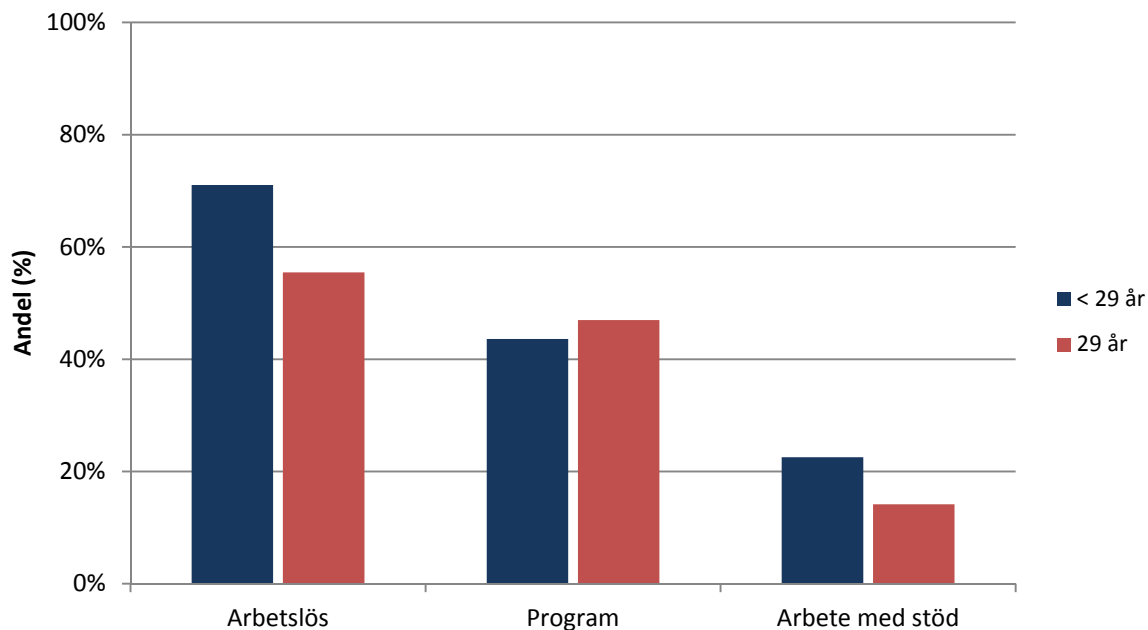
Av de som avslutade sin ersättningsperiod vid den övre åldersgränsen på 29 år var motsvarande andel 60 procent. Det var även vanligare bland de som avslutade perioden i yngre åldrar att ha haft en inkomst av förvärvsarbete året efter det att perioden avslutats, totalt 55 procent jämfört med 28 procent bland de som avslutade sin period vid den övre åldersgränsen. I huvudsak hade dock inkomsterna varit låga och medianinkomsten var 117 000 kronor för de som avslutade ersättningsperioden innan 29 års ålder, respektive 90 000 kronor för personer som avslutade den vid den övre åldersgränsen.

Nästan 9 av 10 personer som avslutade en period med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga vid den övre åldersgränsen beviljades sjukersättning efter den avslutade perioden. Det är därmed även rimligt att dessa i mindre utsträckning har haft en inkomst av förvärvsarbete och/eller har varit inskrivna på Arbetsförmedlingen efter utflödet, jämfört med de som avslutade sin ersättningsperiod innan 29 års ålder.

¹⁹ Observera att i antalet ersatta månader inräknas månader som individen haft med aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång, sjukbidrag och/eller tidsbegränsad sjukersättning innan den beviljades aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

De som efter utflödet från aktivitetsersättningen varit inskrivna på Arbetsförmedlingen hade i de allra flesta fall varit arbetslösa och/eller deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program (Figur 10).²⁰

Figur 10 - Andel (%) av utflödet år 2009 efter sökandekategori på Arbetsförmedlingen



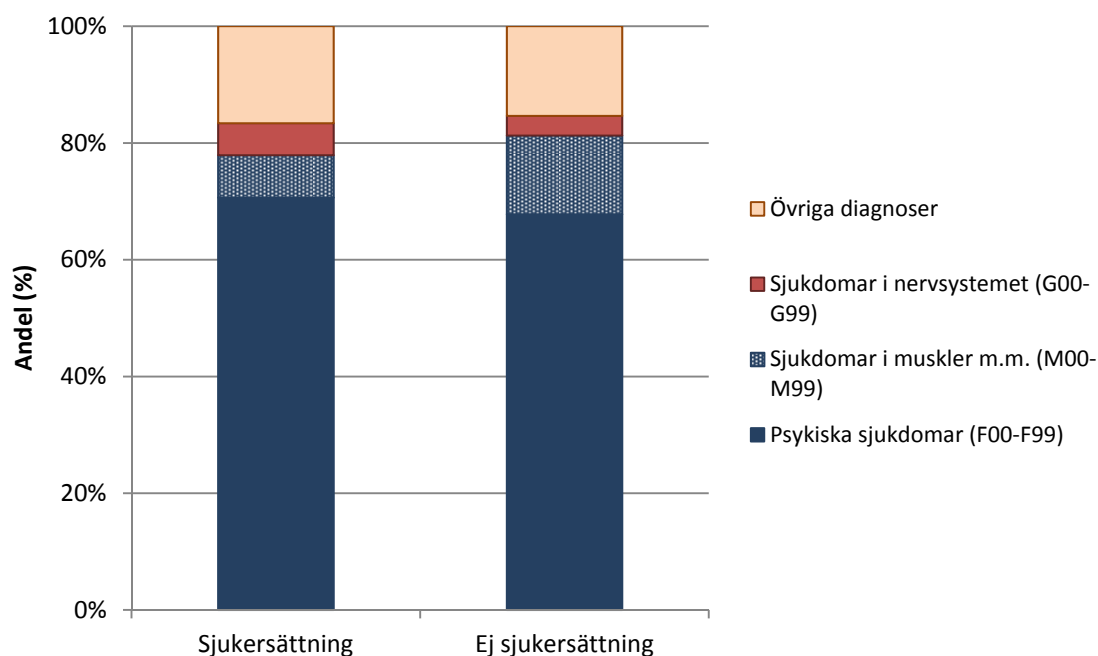
Not: Ett flertal individer har under tidsperioden efter utflödet varit inskrivna under flera olika typer av sökandekategorier och därmed summerar inte andelarna till 100 procent.

Exempel på arbetsmarknadspolitiska program är arbetslivsinriktad rehabilitering, utvecklingsanställning eller förberedande utbildning. Totalt 23 procent av de som avslutade sin ersättningsperiod innan 29 års ålder hade haft någon typ av arbete med stöd (exempelvis anställning med lönebidrag eller skyddat arbete), vilket kan jämföras med 14 procent bland de som avslutade sin ersättningsperiod vid den övre åldersgränsen.

En övervägande del av de som avslutade sin ersättningsperiod vid den övre åldersgränsen på 29 år hade fått sjukersättning någon gång efter utflödet. Dessa skiljer sig åt vad gäller diagnos jämfört med de som avslutade sin period vid den övre åldersgränsen och som *inte* övergick till sjukersättning (Figur 11).

²⁰ Observera att en person som är inskriven på Arbetsförmedlingen inte nödvändigtvis får ersättning från A-kassan. Personer som deltar i program får dock utvecklingsersättning alternativt aktivitetsstöd under tiden som programmet pågår. Inskrivna på Arbetsförmedlingen som arbetar med stöd får vanligtvis lön från arbetsgivaren.

Figur 11- Diagnosfördelning (%) för utflödet till sjukersättning respektive ej sjukersättning



Not: Enbart personer som år 2009 avslutade ersättningsperioden vid den övre åldersgränsen på 29 år studeras.

Det var till exempel vanligare att de som övergick till sjukersättning hade en psykisk sjukdom eller en sjukdom i nervsystemet än de som *inte* övergick till sjukersättning. Däremot var sjukdomar i muskler m.m. vanligare bland de som *inte* övergick till sjukersättning.

Bland de som övergick till sjukersättning var bland annat diagnoser som *Schizofreni m.m. (F20-F29)*, *Störningar av psykisk utveckling (F80-F89)* och *Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)* mer vanligt förekommande än bland de som *inte* övergick till sjukersättning (Tabell 18).

Tabell 18- Diagnosavsnittfördelning (%) för utflödet till sjukersättning respektive ej sjukersättning

Diagnosavsnitt	Sjuk-ersättning	Ej sjuk-ersättning
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48)	17 %	20 %
Förstämningssyndrom (F30-F39)	10 %	17 %
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	9 %	4 %
Störningar av psykisk utveckling (F80-F89)	8 %	4 %
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	8 %	3 %
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	6 %	7 %
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F98)	5 %	6 %
Andra ryggsjukdomar (M50-M54)	3 %	5 %
Andra sjukdomar i mjukvävnader (M70-M79)	2 %	6 %
Skador på halsen (S10-S19)	3 %	3 %
Övriga diagnoser	29 %	25 %
Utflöde (Antal)	1 945	267

Not: Enbart personer som år 2009 avslutade ersättningsperioden vid den övre åldersgränsen på 29 år studeras.

Det omvända gällde dock för diagnoser såsom *Neurotiska och stressrelaterade syndrom (F40-F48)* samt *Förstämningssyndrom (F30-F39)*, där dessa var vanligare bland de som *inte* övergick till sjukersättning.

Den ekonomiska situationen för unga med aktivitetsersättning

Nedan beskrivs den ekonomiska situationen för individer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Tre olika mått används för att beskriva situationen och jämförelse görs med en motsvarande åldersgrupp som inte har aktivitetsersättning. Samtliga tre mått redovisas för individer i åldersgruppen 19-29 år som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Dessutom redovisas resultaten för åldersgrupperna för kvinnor och män var för sig.

Resultaten redovisas på två sätt. Dels redovisas utfallet för åren 2003-2010. Dessutom redovisas den ekonomiska situationen för individer som haft aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (och för tidigare födelsekohorter förtidspension/sjukbidrag) även efter det att de fyllt 30 år.

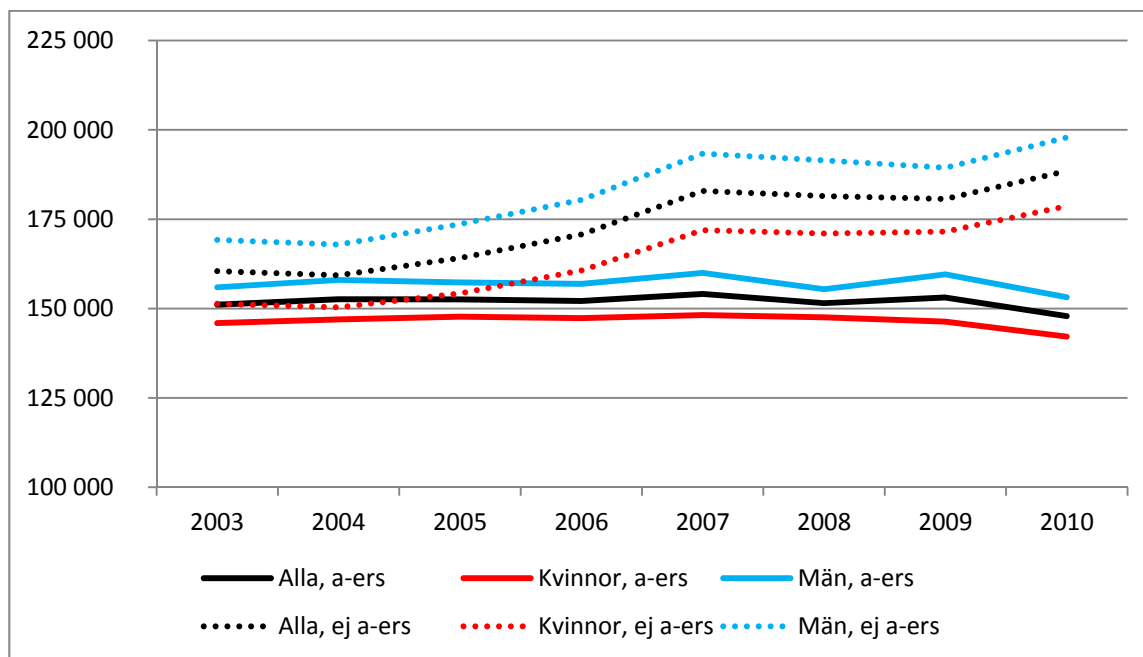
För en närmare beskrivning av de tre måtten se bilaga 2

Ekonomisk standard

I denna del redovisas den ekonomiska standarden för personer mellan 19-29 år åren 2003-2010. I detta mått ingår hushållets samtliga inkomster minus negativa transfereringar (främst skatter), justerat för hushållets sammansättning. Detta ger en bild av hur personens ekonomiska situation ser ut, när även andra inkomster i hushållet är medräknade.

Den ekonomiska standarden är lägre för 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga än för andra 19-29 åringar. Den ekonomiska standarden för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga uppgick i genomsnitt till 94 procent av den ekonomiska standarden för andra i samma åldersgrupp år 2003. År 2010 har denna siffra sjunkit till 78 procent.

Figur 12. Ekonomisk standard för 19-29 åringar år 2003-2010. 2010 års prisnivå



Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

I figur 12 redovisas den ekonomiska standarden för personer 19-29 år med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga (heldragna linjer) och för personer 19-29 år utan aktivitetsersättning (streckade linjer) åren 2003-2010.²¹

²¹ Den ekonomiska standarden för 19-29 åringar som har aktivitetsersättning för förlängd skolgång redovisas inte här.

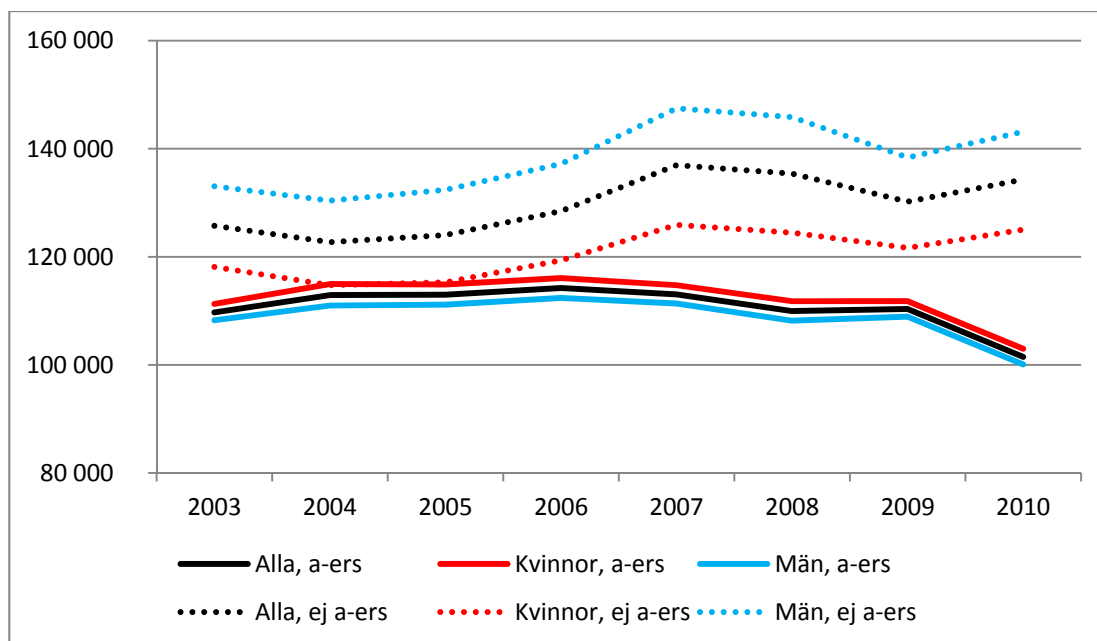
Dessutom redovisas den ekonomiska standarden för kvinnor och män var för sig. Som framgår av figuren var den ekonomiska standarden för personer 19-29 år utan aktivitetsersättning i genomsnitt drygt 160 000 kronor år 2003. Den ekonomiska standarden ökade för denna grupp under perioden och var år 2010 i genomsnitt 188 000 kronor för gruppen. För 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga var den ekonomiska standarden 2003 i genomsnitt 151 000 kronor, och minskar till 148 000 kronor till år 2010. Den ekonomiska standarden är något högre för män än för kvinnor under hela perioden, vare sig individen har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga eller ej.

Egen inkomst

I denna del redovisas individernas egna inkomster, som består av individens egna inkomster minus negativa transfereringar (främst skatter), vilket ger en bild av hur personen själv påverkar sin ekonomiska situation.

Unga med aktivitetsersättning har en lägre egen inkomst än andra i 19-29 årsåldern och en sämre inkomstutveckling under perioden 2003-2010. 2003 uppgick inkomsten till 87 procent av andra 19-29 åringars egna inkomst, vilket sjönk till 76 procent år 2010.

Figur 13. Egen inkomst för 19-29 åringar. År 2004, 2007 och 2010. 2010 års prisnivå



Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

I figur 13 visas den genomsnittliga inkomsten för individer mellan 19 och 29 år. Som framgår av bilden var den genomsnittliga inkomsten cirka 126 000 kronor år 2003 för de i åldersgruppen som inte hade aktivitetsersättning. År 2010 var inkomsten sju procent högre, cirka 134 000 kronor.

För 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga uppgick den egna inkomsten i genomsnitt till 110 000 kronor år 2004. År 2010 hade den egna inkomsten sjunkit till i genomsnitt 101 000 kronor. Det finns inga stora skillnader mellan kvinnor och mäns inkomster i gruppen med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Ekonomiskt utsatta

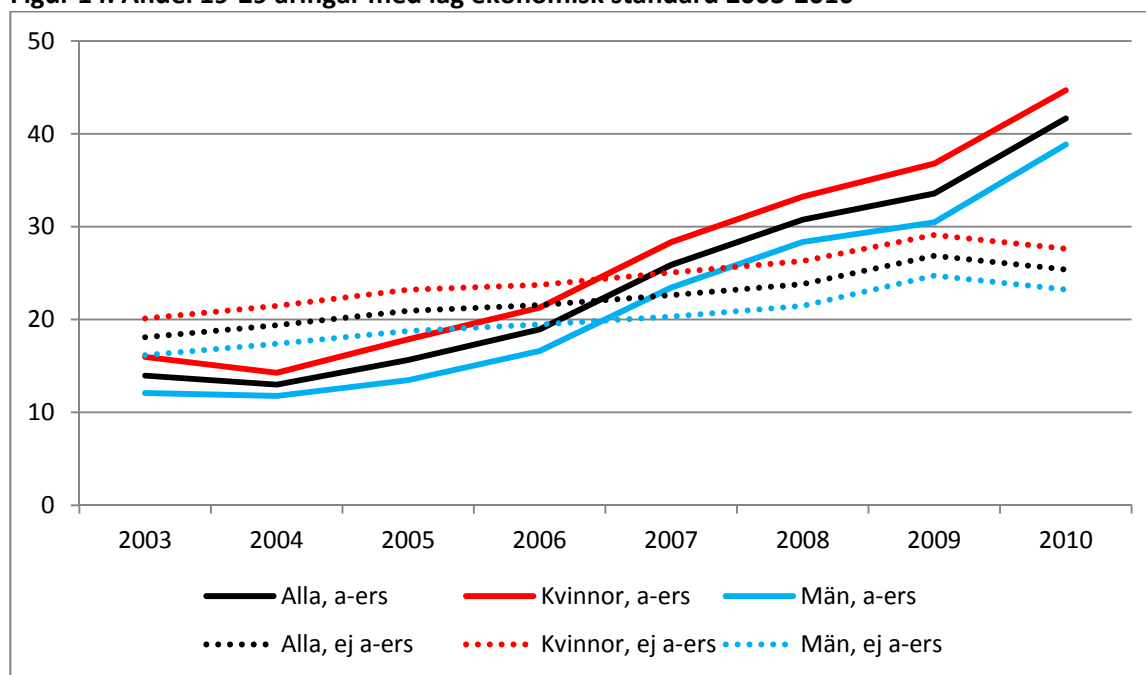
I denna del redovisas andelen ekonomiskt utsatta i olika grupper. Detta görs på två sätt. Dels genom att redovisa andelen med låg ekonomisk standard, det vill säga individer vars ekonomiska standard ligger under 60 procent av genomsnittet av den ekonomiska standarden för hela befolkningen. I avsnittet redovisas också andelen vars ekonomiska standard ligger under 60 procent av medianinkomsten för år 2003,

och där måttet enbart justeras med inflationen. Detta mått kallas här fast låg ekonomisk standard.²²

Måttet låg ekonomisk standard visar att individen har en låg inkomst i förhållande till det omgivande samhället, vilket innebär att individerna med en inkomst under denna nivå har svårt att kunna leva på vad som uppfattas som ett normalt liv i det omgivande samhället på grund av bristande ekonomiska resurser.

Måttet fast låg ekonomisk standard visar att individen har en låg ekonomisk standard i förhållande till ett basår, här år 2003. Måttet tar med andra ord inte hänsyn till att inkomstnivån i det omgivande samhället förändras, istället beskriver måttet att individen har en inkomst som faller över eller under nivån på låg ekonomisk standard basåret.²³

Figur 14. Andel 19-29 åringar med låg ekonomisk standard 2003-2010



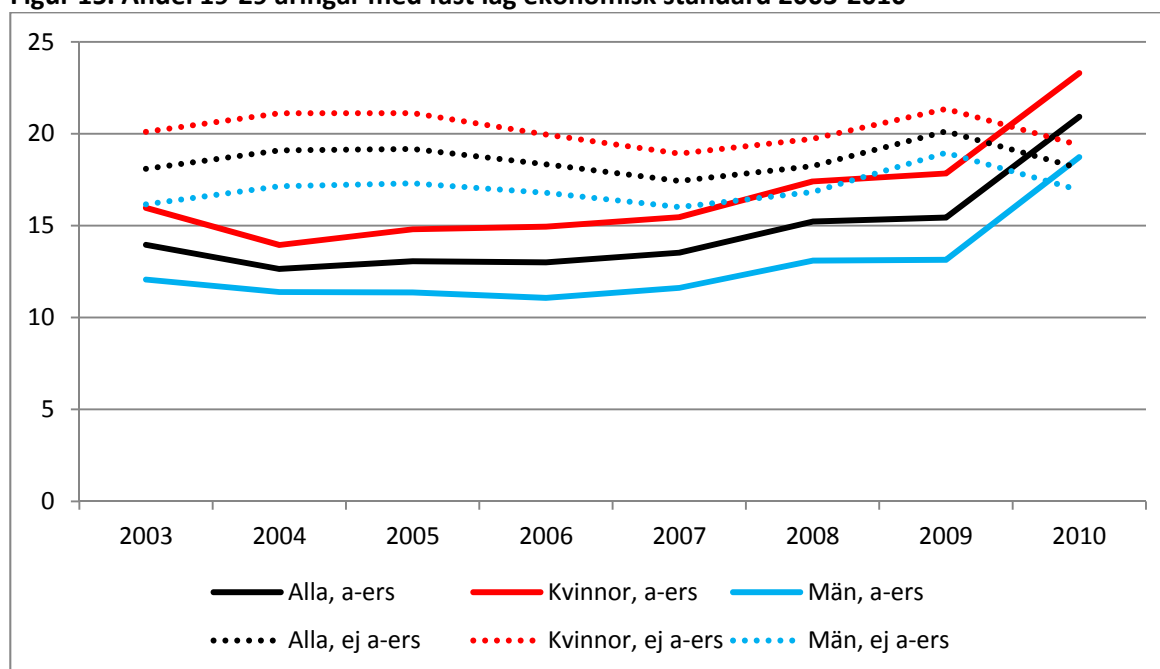
Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

²² Se mer i avsnittet Data och definitioner

²³ I Atkinson, A B, B Cantillon, E Marlier & B Nolan (2002). *Social Indicators: The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press: Oxford påpekas att man inte bör hålla detta mått på låg ekonomisk standard konstant i mer än fem år, eftersom det då riskerar att bli "social irrelevant". Vi är medvetna om att måttet inte är helt relevant för de sista åren, men väljer att publicera resultaten ändå.

I figur 14 redovisas andelen med låg ekonomisk standard åren 2003-2010. År 2003 hade 18 procent av 19-29 åringarna som inte hade aktivitetsersättning låg ekonomisk standard. Fram till 2010 ökade denna andel till 25 procent. Bland 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga hade 14 procent låg ekonomisk standard år 2003, vilket ökade till 41 procent år 2010. Andelen med låg ekonomisk standard är hela tiden högre för kvinnor än för män, men utvecklingen är likartad för båda könen.

Figur 15. Andel 19-29 åringar med fast låg ekonomisk standard 2003-2010



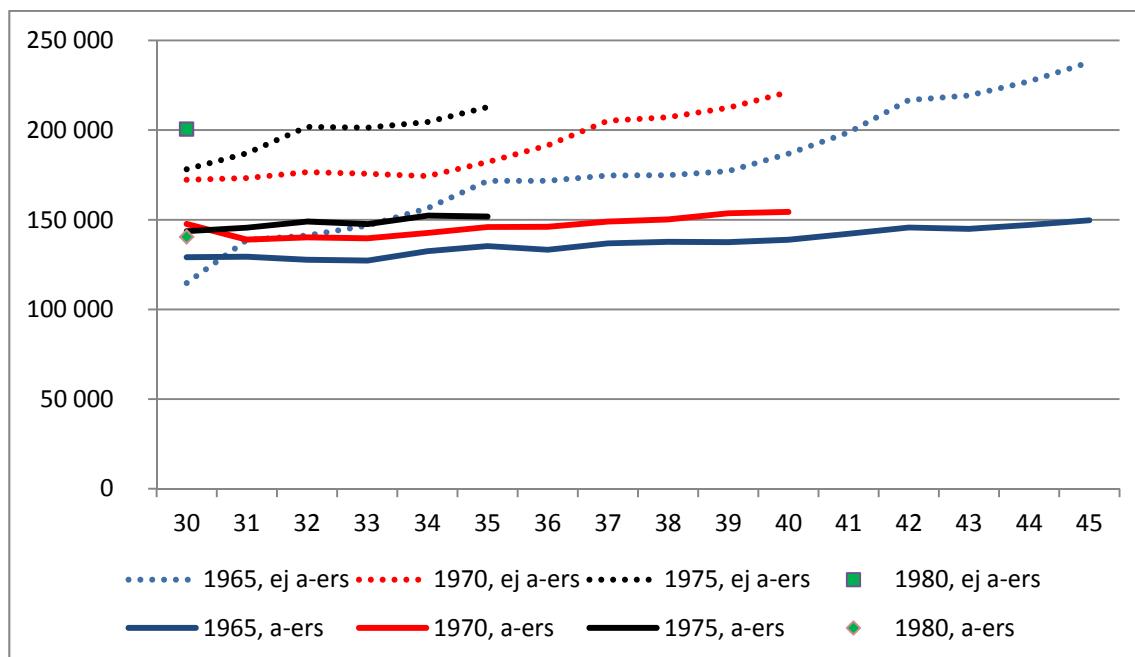
Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

I figur 15 redovisas andelen med fast låg ekonomisk standard åren 2003-2010. År 2003 hade 18 procent av 19-29 åringarna som inte hade aktivitetsersättning fast låg ekonomisk standard. Utvecklingen fram till år 2010 liknar en våg, och år 2010 är andelen med fast låg ekonomisk standard lika hög som år 2003. Bland 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga hade 14 procent fast låg ekonomisk standard år 2003. I denna grupp ökade andelen till 21 procent år 2010. Andelen med fast låg ekonomisk standard är hela tiden högre för kvinnor än för män, men utvecklingen är likartad för båda könen.

Utvecklingen efter 30 års ålder

I detta avsnitt redovisas ekonomisk standard, egen inkomst och andelen med låg ekonomisk standard för personer födda ett visst år, uppdelat efter om de haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga / förtidspension / sjukbidrag året de fyller 29 år eller ej.²⁴ Den ekonomiska situationen följs från och med det år individerna i födelsekohorten fyller 30 år fram till och med år 2010. Detta innebär till exempel att individerna i födelsekohorten 1965 följs mellan 1995, när de fyller 30 år, och 2010, när de fyller 45 år, medan resultatet för födelsekohorten 1980 endast redovisas för år 2010, när dessa fyller 30 år.

Figur 16. Utveckling av ekonomisk standard i födelsekohorter. 2010 års prisnivå



Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

I figur 16 redovisas den ekonomiska standarden för individer födda år 1965, 1970, 1975 och 1980, uppdelade efter om de hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga / förtidspension / sjukbidrag året de fyller 29 år eller ej. Som framgår

²⁴ Detta innebär att om någon haft någon av dessa förmåner tidigare, men inte året de fyller 29 år, räknas det som om de inte har aktivitetsersättning. Denna grupp är förhållandevis liten, och vid en känslighetsanalys, där dessa tas med, visas att den ekonomiska situationen blir något bättre om gruppen räknas med i gruppen som haft förmånen, men skillnaden är marginell.

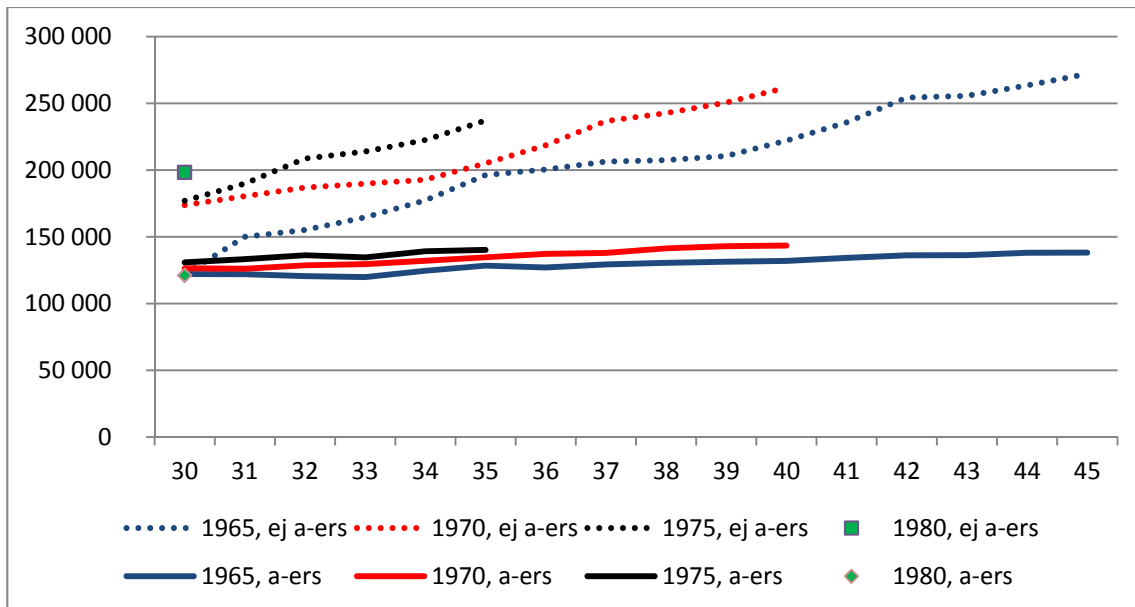
Det är också värt att notera att före 2003, när dagens system med aktivitetsersättning infördes, förändrades inte ersättningen månaden innan individen fyllde 30 år, utan individen kunde fortsätta ha förtidspension/sjukbidrag.

av figuren är den ekonomiska standarden högre för individer som inte haft någon av förmånerna i princip för alla kohorter alla år. Figuren visar också att den ekonomiska standarden ökar betydligt mer för individer som inte haft någon av förmånerna än vad den gör för individer som haft någon av dessa förmåner. Exempelvis mer än fördubblades den ekonomiska standarden i genomsnitt för individer födda 1965 från det att de var 30 till att de var 45 om individerna inte haft någon av förmånerna, medan den ökade med 15 procent under samma period om individen hade förtidspension / sjukbidrag året de fyllde 29 år.

Egen inkomst

I figur 17 redovisas individens egna disponibla inkomst för individer födda år 1965, 1970, 1975 och 1980, uppdelade efter om de hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga / förtidspension / sjukbidrag året de fyller 29 år eller ej. Som framgår av figuren är den egna inkomsten högre för individer som inte haft någon av förmånerna i princip för alla kohorter alla år. Figuren visar också att den ekonomiska standarden ökar betydligt mer för individer som inte haft någon av förmånerna än vad den gör för individer som haft någon av dessa förmåner. Exempelvis ökade den egna inkomsten med i genomsnitt 123 procent mer än för individer födda 1965 från det att de var 30 till att de var 45 om individerna inte haft förtidspension / sjukbidrag när de var 29 år gamla, medan den ökade med 13 procent under samma period om individen hade förtidspension / sjukbidrag året de fyllde 29 år.

Figur 17. Utveckling av egen inkomst iA födelsekohorter. 2010 års prisnivå

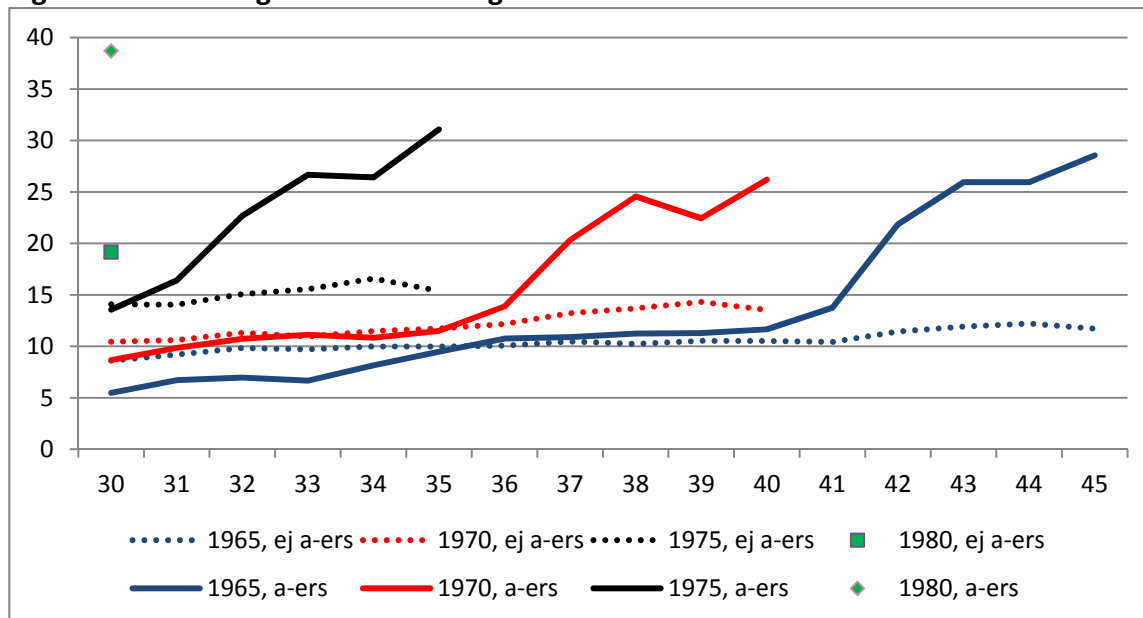


Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

Ekonomiskt utsatta

I figur 18 redovisas andelen med låg ekonomisk standard för individer födda år 1965, 1970, 1975 och 1980, uppdelade efter om de hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga / förtidspension / sjukbidrag året de fyller 29 år eller ej. Som framgår av figuren är andelen med låg ekonomisk standard högre i alla kohorter det sista mätåret (2010). Till exempel är andelen med låg ekonomisk standard 12 procent i födelsekohorten 1965 för de som inte haft aktivitetsersättning året de fyller 45 år (2010), medan motsvarande siffra för de som haft aktivitetsersättning är 29 procent. Som framgår av figuren är andelen med låg ekonomisk standard ungefär lika hög för individer i de båda grupperna i födelsekohorterna förutom de fyra sista mätåren för att sedan vara högre i gruppen som tidigare haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga / förtidspension / sjukbidrag. Huvudanledningen till detta är införandet av det så kallade jobbskatteavdraget, som höjde den disponibla inkomsten för de som har en förvärvsinkomst, men inte för andra. Jobbskatteavdraget ledde indirekt till att gränsen för låg ekonomisk standard höjdes, vilket fick till följd att många som tidigare haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga / förtidspension / sjukbidrag hamnade strax under gränsen istället för strax över denna gräns.

Figur 18. Utveckling av andel med låg ekonomisk standard



Källa: Beräkningar från LINDA och STORE

Sammanfattning

Resultaten av denna genomgång med flera olika ekonomiska mått visar att den ekonomiska standarden för 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är lägre än för andra 19-29 åringar, och att den ekonomiska utvecklingen för denna grupp varit sämre än för andra i samma åldersgrupp under perioden 2003-2010. I genomsnitt låg den ekonomiska standarden i gruppen med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga 20-25 procent under den för andra 19-29 åringar år 2010.

Detta står i överensstämmelse med den bild som ges i en underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. I rapporten visar författarna att unga med låg utbildning, tidigare arbetslöshetsproblem och försörjningsproblem är överrepresenterade bland dem som beviljas aktivitetsersättning (SOU 2012:04). Dessutom har fler föräldrar till unga med aktivitetsersättning låg utbildning och en inkomst under genomsnittet.

Individernas egna inkomster bland unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga i genomsnitt är lägre än andra 19-29 åringar. Inkomsterna är i paritet med andra unga tills dessa börjar etablera sig på arbetsmarknaden. När detta sker

börjar inkomsten för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga komma på efterkälken. Utvecklingen under perioden 2003-2010 visar också att utvecklingen av inkomsten för gruppen med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga varit sämre än för andra i samma åldersgrupp.

Andelen ekonomiskt utsatta är högre bland 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga än vad den är för andra i samma åldersgrupp. Medan andelen med låg ekonomisk standard ligger runt 25 procent för samtliga 19-29 åringar, var den 35 procent bland 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Andelen med låg ekonomisk standard har ökat i båda grupperna under perioden 2003-2010, men mer bland unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga än bland andra i samma åldersgrupp.

Utvecklingen efter att individerna lämnat aktivitetsersättning visar på en svag ekonomisk utveckling. Medan både den ekonomiska standarden och individernas egna inkomster reellt i princip ligger på samma nivå som när individerna lämnade aktivitetsersättningen (och för tidigare kohorter förtidspension/sjukbidrag) ökar den för de med åldern som inte haft aktivitetsersättning tidigare. Detta orsakas främst av en svag förankring på arbetsmarknaden. Bland de som tidigare haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har 20-25 procent någon förvärvsinkomst efter 30-årsdagen.

För att sammanfatta visar resultaten att den ekonomiska situationen för personer 19-29 år med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är sämre än för andra 19-29 åringar. De har en lägre ekonomisk standard, lägre egen inkomst och fler är ekonomiskt utsatta. Utvecklingen efter 2003, när aktivitetsersättningen ersatte förtidspension och sjukbidrag, visar att den ekonomiska situationen försämrats både i absoluta tal och i förhållande till andra i samma åldersgrupp. Denna situation fortsätter även efter att personerna kommit upp i en sådan ålder att de lämnat aktivitetsersättningen. De som tidigare haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har i genomsnitt en sämre ekonomisk situation i utgångsläget och en sämre ekonomisk utveckling.

Trygghet och familjen

Av enkätundersökningarna framgår att såväl hos dem som haft aktivitetsersättning som hos dem som har en pågående aktivitetsersättning finns det en uttalad rädsla för att bli av med sin ersättning.

Tabell 19 Antal med pågående ersättning som i enkät svarat på om de rädda för att bli av med sin ersättning

		AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Jag är rädd för att bli av med min aktivitetsersättning	Ja	88	60,5	60	73,3	422	56,7	693	70,5	1263	64,6

Även i gruppen med beslut om LSS finns en oro att bli av med aktivitetsersättningen, mer än hälften som svarat på enkäten uppger en oro. Från intervjuerna framkommer också information som knyter an till konflikten mellan trygghet och arbetslinjen.

"Jag började få lite inkomster förra året men jag är livrädd för att berätta detta för Försäkringskassan eller att det ska komma fram på annat sätt. Jag har hört att de drar in all ersättning om man visar att man klarar lite, lite grann. Hade också möjlighet till arbete 4 timmar i veckan men samma sak där, jag tog det inte för jag var rädd att förlora allt från Försäkringskassan".

Kvinna, 28 år, fysisk diagnos

Ca fyra av tio som avslutar en period med aktivitetsersättning är under 29 år (figur 9, s.83). Det har även framgått i enkät-undersökningen till dem som har avslutat en period med aktivitetsersättning att ca 20 % gjort det av egen vilja. Bara en av fem i den gruppen som slutat av egen vilja bekräftar efteråt att beslutet var riktigt.

Från enkätundersökningen redovisas den självrapporterade försörjningsformen med avslutad aktivitetsersättning.

Tabell 20 a Försörjningsmedel för personer med avslutad aktivitetssättning.

	Antal	%
Lön från Arbete	203	36,0
CSN	87	15,5
Arbetslöshetssättning	33	5,8
Föräldrapenning	26	4,6
Helt ekonomiskt beroende av annan part ²⁵	215	38,1
Totalt	565	100,0

I Tabell 20b redovisas försörjningsform och ekonomiskt beroende. Vi kan se att många som avslutat en period med aktivitetssättning fortsatt är beroende av familjen eller av annan part.

Tabell 20 b Försörjningsmedel och ekonomiskt beroende för personer med avslutad aktivitetssättning.

	Ekonomiskt beroende av annan part? ²⁶					
	Nej		Ja		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lön från Arbete	163	80,2	40	19,8	203	100
CSN	48	55,3	39	44,7	87	100
Arbetslöshetssättning	13	40,2	19	59,8	33	100
Föräldrapenning	13	51,1	13	48,9	26	100
Helt ekonomiskt beroende	0	0,0	215	100,0	215	100
Totalt	238	42,1	327	57,9	565	100

När vi mer specifikt frågar om den försäkrade får det stöd man behöver under tiden med aktivitetssättning från familj och myndighetspersoner (handläggare) framstår

²⁵ Med annan part avses partner, familj eller kommun.

²⁶ Med annan part avses partner, familj eller kommun.

familjen som viktig för ungefär åtta av tio och nästan nio av tio har stöd från familjen eller annan social kontakt.

Tabell 21 Antal individer med pågående ersättning som i enkät svarat på frågan om de har stöd från familjen

		AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Någon i min familj?	Ja	127	81,2	71	82,2	730	85,5	785	78,4	1713	81,7
Familj eller någon annan utöver myndighetsaktör?	Ja	133	83,7	76	87,9	811	92,2	872	85,8	1892	88,4

*Den redovisade procentsatsen är baserat på andel Ja-svar för varje enskild fråga.

Detta förhållande gäller både i gruppen som har aktivitetserättning och i gruppen som haft aktivitetserättning. Även från djupintervjuerna beskrivs familjens och många gånger mammans viktiga roll.

"Min mamma är helt underbar. Jag hade inte överlevt skoltiden och allt annat utan henne. Det är hon som tar hand om mig och säger vad jag måste göra. Hon ser till att jag vaknar på morgonen, tvättar mina kläder och tar hand om min ekonomi".

Man, 22 år, fysisk och psykisk diagnos

"Mamma är allt för mig. Hon är den allra viktigaste och hon finns alltid där för mig när jag behöver".

Kvinna, 23 år, psykisk diagnos

Tabell 22 Antal med pågående ersättning som i enkät svarat på frågor om olika typer stöd från omgivningen*

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Någon när jag behöver prata?	136	82,4	77	88,0	817	91,9	874	84,7	1905	87,6
Hjälpa mig att förstå information som är viktig för mig att känna till?	124	75,9	78	88,2	822	92,4	804	78,6	1829	84,5
Någon som ger mig bra råd?	122	74,8	76	86,0	777	89,2	807	78,9	1782	83,1
Någon som förstår mina problem?	127	77,4	67	74,5	786	87,3	740	71,4	1719	78,5
Något av ovan?	148	87,8	88	97,9	918	97,5	984	92,4	2138	94,4

*Den redovisade procentsatsen är baserat på andel Ja-svar för varje enskild fråga.

En stor andel av respondenterna med aktivitetsersättning har ändå tillgång till någon form av social uppbackning och har möjlighet att få den hjälpen de behöver genom sitt sociala nätverk. Totalt har mellan 80 och 90 procent kunnat svara "Ja" på frågorna i tabell 22 och hela 95 procent har svarat "Ja" på minst en av frågorna. Minst stöd har personer "Närmare arbete" hos Arbetsförmedlingen och "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar".

Framtidstro?

Utifrån intervjuer och enkäten till de som har aktivitetsersättning kan man se att det finns en tro på anställning i framtiden.

Tabell 23 Tankar om sysselsättning i framtiden för personer med pågående ersättning.

	AF Arbete		AF Rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Daglig verksamhet²⁷										
Kommer vara sysselsatt där.	18	17,9	2	3,6	549	75,4	100	17,5	668	46,2
Vill vara sysselsatt där.	13	11,7	5	7,7	522	70,0	102	15,9	642	41,1
Anställning										
Kommer söka	95	74,5	57	81,1	161	30,5	352	53,7	665	48,2
Vill söka	121	85,4	74	92,9	284	47,3	549	71,9	1028	64,9
Vidareutbildning										
Kommer göra.	40	37,0	19	29,4	99	19,8	275	42,2	433	32,7
Vill göra.	53	45,4	28	39,7	185	33,2	431	59,0	697	47,2
Hinder för sysselsättning eller utbildning										
Min sjukdom eller skada	7	6,6	7	10,9	132	25,4	178	26,3	324	23,8

*Den redovisade procentsatsen är baserat på andel Ja-svar för varje enskild fråga.

I tabell 23 redovisas respondenternas tankar och önskningar kring framtiden. Av de individer som är inskrivna på Arbetsförmedlingen och "nära arbetsmarknaden" tror 18 procent att de kommer befinna sig inom Daglig verksamhet i framtiden. Något färre rapporterar att de vill vara inom Daglig verksamhet i framtiden. Av dessa personer har en majoritet rätt till LSS vilket kan förklara svarsfrekvensen. På frågan om de kommer att söka en anställning i framtiden svarar 75 procent "Ja" och hela 86 procent vill söka en anställning i framtiden.

För gruppen som har rätt till LSS så uttrycker tre av fyra att de kommer vara sysselsatta i dagligverksamhet i framtiden. Något färre uttrycker att de vill vara sysselsatta inom Daglig verksamhet i framtiden. Resultatet indikerar att de personer som har LSS eller föräldrar till dessa i stor utsträckning är nöjda med en placering i Daglig verksamhet.

²⁷ Att personer registrerade på Arbetsförmedlingen vill/tror sig hamna på dagligverksamhet är förvånande. Majoriteten har dock rätt till LSS vilket troligen kan förklara den största delen av utfallet. Övriga personer kan ha förväxlat daglig verksamhet med dagverksamhet eller tolkat "Daglig verksamhet" som ett mer allmänt begrepp. Förväxling av terminologin är troligen också orsaken till varför så många inom Försäkringskassans kategori har svarat att de vill/tror sig hamna i Daglig verksamhet.

I kategorin "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" kan det utläsas att varannan *kommer* att söka en anställning i framtiden samtidigt som 65 procent uttrycker att de *vill* söka en anställning i framtiden. Sex av tio uttrycker även en önskan om att vidareutbilda sig i framtiden och något fler än fyra av tio uttrycker att de kommer att utbilda sig i framtiden. Från intervjuerna framkommer liknande resultat.

"Jag ska bli friskskriven 2013 och tänker att jag kommer att få jobb. Min starkaste önskan är att få komma in på en konsthögskola och jag kommer att söka varje år tills jag kommer in. För att försörja mig under tiden kommer jag att få ett bra jobb på någon rolig klädbutik som timanställd".

Kvinna, 29 år, psykisk diagnos

"Här finns en grupp människor med aktivitetsersättning som sitter tillsammans på en flotte och där blir de sittande om ingen tror på dem och ger dem chansen."

Kvinna, 22 år, psykisk diagnos

Var fjärde i LSS gruppen och i gruppen "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" tror att deras sjukdom eller skada kommer att hindra deras möjligheter för en sysselsättning eller utbildning i framtiden.

Vad gör arbetsgivare?

Arbetsgivares möjligheter och vilja att erbjuda individer med funktionsnedsättning arbete är som redan nämnts avgörande för att bryta utvecklingen med aktivitetsersättning och senare sjukersättning som försörjningskälla.

I Försäkringskassans kontakter med berörda myndigheter och organisationer har frågan om funktionsnedsättning och arbete diskuterats. Vad gör stat, kommuner och landsting?

Handisam är den myndighet som på regeringens uppdrag arbetar för att påskynda utvecklingen mot ett samhälle där alla kan delta jämlikt oavsett funktionsförmåga. Handisam har bl.a. till uppgift att i samråd med Arbetsförmedlingen,

Arbetsgivarverket och Sveriges Kommuner och Landsting, genomföra regionala konferenser om den offentliga sektorns ansvar och åtaganden för att rekrytera och behålla personer med funktionsnedsättning. I en rapport från 2011 redovisar Handisam resultatet från en kartläggning av vad myndigheter gör för att anställa personer med funktionsnedsättning. I rapporten lyfts bland annat fram arbetet med rekrytering, utbildning, arbetsmiljö, erbjudande av praktikplatser och samarbete med Samhall (Handisam, 2011).

I den senaste uppföljningen för åren 2010 – 2012 av 301 myndigheter sammanfattar Handisam att arbetet med att göra myndigheterna tillgängliga för alla medborgare oavsett funktionsförmåga, går långsamt framåt. Förhållandevis få myndigheter redovisar att de har rekryterat någon person med funktionsnedsättning. Under 2011 rapporterade mindre än 15 % av myndigheterna som gjorde nyanställningar att de anställt en person med funktionsnedsättning och behov av anpassning (Handisam, 2012).

Även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har nyligen presenterat en rapport om funktionsnedsättning och arbete (SKL, 2012). Även den rapporten bygger på en enkätundersökning riktad till personalchefer i landets kommuner och landsting. Av rapporten framgår att det ofta saknas centrala beslut inom kommuner och landsting för att öka möjligheter för personer med funktionshinder att bli anställda. Någon statistik för omfattningen av anställningar med lönesubventioner redovisas inte.

Svenskt Näringsliv har undersökt sambanden mellan funktionsnedsättning och företagsklimat och finner ett sådant samband. I kommuner med sämre företagsklimat är en högre procent av befolkningen registrerade med ett funktionshinder hos Arbetsförmedlingen (Jansson, 2010).

Ingen av rapporterna ovan behandlar specifikt unga med funktionshinder som i praktiken lider av den dubbla effekten av att dels ha ett funktionshinder och dels sakna arbetslivserfarenhet.

Arbetsförmedlingen för statistik över personer i vissa program för funktionsnedsatta och typ av arbetsgivare. I maj 2012 omfattades sammanlagt 12 935 individer i åldern 20 – 30 år av olika former av anställningsstöd. Den vanligaste formen av stöd var Lönebidrag (52 %), Trygghetsanställning (22 %), Särskilt anställningsstöd (12 %), Utvecklingsanställning (10 %) och Offentligt skyddat arbete (4 %). Individer i programmet Offentligt skyddat arbete finns i princip bara hos kommuner. Totalt 8 421 individer (65 %) har en anställning med stöd förlagd hos enskilda företag. Det är framförallt bland små arbetsgivare dessa stödformer förekommer.

Tabell 24 Antal personer i åldern 20-30 år i vissa program för funktionsnedsatta (Lönebidrag (LBI), Offentligt skyddat arbete (OSA), Utvecklingsanställning (UVA), Trygghetsanställning (TAS) och Särskilt anställningsstöd (SAS) i maj 2012.

Arbetsgivare	Antal	Andel
Statlig myndighet	93	0,7 %
Allmännyttig organisation	717	5,5 %
Kommun	1874	14,5 %
Landsting	62	0,5 %
Affärsdrivande verk	394	3,1 %
Enskilt företag	8421	65,1 %
Annan arbetsgivare	1374	10,6 %
Totalt	12 935	100 %

Av tabell 24 framgår tydligt att offentlig sektor framförallt landsting och statliga myndigheter inte har unga personer med funktionshinder anställda med befintliga anställningsstöd. Samhall som inte ingår i den statistik som Arbetsförmedlingen har över arbetsgivare med anställningsstöd hade sammanlagt 698 individer i åldern 20 – 30 anställda i sin verksamhet i maj 2012.

Ungas problem med inträde på arbetsmarknaden är en fråga som väcker uppmärksamhet och diskuterats i relation till såväl utbildningspolitik som arbetsmarknadens sätt att fungera och till förd arbetsmarknadspolitik. Som nämnts redan i inledningen till denna rapport har den svenska arbetsmarknaden förändrats under de senaste decennierna och fortsätter naturligtvis att förändras. Hitintills har många av de enklare arbetsuppgifterna som ofta utgjorde en introduktion i

arbetslivet för unga bortrationaliserats. En avgörande framtids- och samhällspolitisk fråga när det gäller unga individer med funktionsnedsättning är om det i praktiken finns en arbetsmarknad som efterfrågar dem. Denna fråga diskuteras också mer utförligt i en underlagsrapport till Finanspolitiska rådet 2010. (Hägglund & Skogman Thoursie, 2010)

Referenser

- Bejerholm, U., Larsson, L., & Hofgren, C. (2011). Individual placement and support illustrated in the Swedish welfare system: A case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(1), 59-72.
- Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L., & Corbiere, M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? . *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(2), 10.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146-1152.
- Danemark, B., & Kullberg, C. (1999). Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform. Lund: Studentlitteratur.
- Evans, W., Morrill, M., & Parente, S. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *J Health Econ*. 2010 Sep;29(5):657-73. Epub 2010 Aug 4.
- Franché, R. L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4).
- Försäkringskassan. (2007a). Diagnosmönster i förändring - nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971 - 2005. Redovisar 2007:3. Stockholm.
- Försäkringskassan. (2007b). Psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen - nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1987 - 2005. Redovisar 2007:4. Stockholm.
- Försäkringskassan. (2007c). Sjukersättning och aktivitetsersättning – under tiden med ersättning. Vägledning 2007:1 Version 8
- Försäkringskassan. (2007d). Unga med aktivitetsersättning - vilka är de? Analyserar 2007:8. Stockholm.
- Försäkringskassan. (2012a). Unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, en delrapport (Dnr. 69161/2011). Stockholm.
- Försäkringskassan. (2012b). Vårdbidraget - Utvecklingen fram till idag och försörjningssituationen i morgon. Socialförsäkringsrapport 2012:8. Stockholm.
- Gard, G., & Larsson, A. (2006). How can cooperation between rehabilitation professionals in rehabilitation planning be improved? A qualitative study from the employer's perspective. *Work*, 26(2).
- Handisam. (2011). Vad gör myndigheter för att anställa personer med funktionsnedsättning? - kartläggning och analys. Stockholm.
- Handisam. (2012). Så tillgänglig är staten - Uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete 2010-2012.
- Hasson, H., Andersson, M., & Bejerholm, U. (2011). Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *J Health Organ Manag*, 25(3), 332-345.
- Howard, L. M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., et al. (2010). Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 196(5), 404-411.
- Hultberg, E. L., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2005). Interdisciplinary collaboration between primary care, social insurance and social services in the

- rehabilitation of people with musculoskeletal disorder: effects on self-rated health and physical performance. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2).
- Hägglund, P., & Skogman Thoursie, P. (2010). Rapport till Finanspolitiska rådet 2010/5 - De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter. Stockholm.
- ISF. (2011). Unga med aktivitetsersättning. ISF rapport 2011:10. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF. (2012). Aktivitetsersättning - Från förlängd skolgång till nedsatt arbetsförmåga. IPS Rapport 2012:1. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Jansson, L. (2010). Handikapppolitiken - en björntjänst i all välmening. Stockholm.
- King, R., Waghorn, G., Lloyd, C., McLeod, P., McMahon, T., & Leong, C. (2006). Enhancing employment services for people with severe mental illness: the challenge of the Australian service environment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40.
- McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., et al. (2009). Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(9).
- Metzel, D. S., Foley, S. M., & Butterworth, J. (2005). State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(2).
- Mordre, M., Groholt, B., Sandstad, B., & Myhre, A. M. (2012). The impact of ADHD symptoms and global impairment in childhood on working disability in mid-adulthood: A 28-year follow-up study using official disability pension records in a high-risk in-patient population. *BMC Psychiatry*, 12(174).
- Morrow, R., Garland, E., Wright, J., Maclure, M., STaylor, & Dormuth, C. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*. 2012 Apr 17;184(7):755-62. Epub 2012 Mar 5.
- Norman, C., & Axelsson, R. (2007). Co-operation as a strategy for provision of welfare services: A study of a rehabilitation project in Sweden. *European Journal of Public Health*, 17(5), 532-536.
- Nygren, U. (2012). Individual placement and support (IPS) i en socialpsykiatrisk kontext : en väg till arbete för personer med psykiskt funktionshinder? Umeå University medical dissertations, 0346-6612 ; N.S., 1509: Umeå, Umeå universitet.
- Nygren, U., Markstrom, U., Svensson, B., Hansson, L., & Sandlund, M. (2011). Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes. *Scand J Caring Sci*, 25(3), 591-598.
- Regeringen. (2001). Prop 2000/01:96 Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension. In Socialdepartementet (Ed.). Stockholm: Riksdagen.
- Riksförsäkringsverket. (2002). Vårdbidragen ökar - en kartläggning av orsakerna. RFV Analyserar 2002:10.
- Riksförsäkringsverket. (2003). Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa. RFV Redovisar 2003:1. Stockholm.
- SKL. (2012). Funktionsnedsättning och arbete - Vad gör kommuner och landsting? - Rapport från Sveriges kommuner och landsting. Enkätundersökning. Stockholm.

- Skolinspektionen. (2011). Särskolan - Granskning av handläggning och utredning inför beslut om mottagande. Regeringsuppdrag. Stockholm.
- Socialdepartementet. (2000). Aktivitetsersättning - Nytt försäkringsstöd för unga med långvarig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. Ds 2000:40. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011– stöd för styrning och ledning. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2012). Manual för att bedöma programtroheten för individanpassat stöd till arbete – enligt modellen Individual placement and support. Stockholm.
- SOU. (1951). Anstaltsvårdades rätt till folkpension m. m. (uttalande av sakkunniga i utredningen). SOU 1951:47. Stockholm.
- SOU. (1997). Ohälsöförsäkringen Trygghet och aktivitet. SOU 1997:166. Stockholm.
- SOU. (1998). Unga i ohälsöförsäkringen - Tid för aktivitet och utveckling SOU 1998:106. Stockholm.
- SOU. (2008). Brist på brådska - en översyn av aktivitetsersättningen. SOU 2008:102. Stockholm.
- SOU. (2012). Förtidspensionering av unga - En fråga om utsortering efter utbildningsnivå och socioekonomisk bakgrund. S 2010:04 Underlagsrapport. Stockholm: Socialdepartementet - Socialförsäkringsutredningen.
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2009). A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4).
- Tjulin, A., Edvardsson Stiwn, E., & Ekberg, K. (2009). Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4).

Bilagor

Bilaga 1 Regeringens uppdrag

Bilaga 2 Registerdata och definitioner

Bilaga 3 Gällande regler för olika förmåner

Bilaga 4 Enkäter

Bilaga 5 Enkäturval och bortfallsanalys



REGERINGEN

Regeringsbeslut

I:5

2011-10-20

S2011/9211/FS (delvis)

Socialdepartementet

Försäkringskassan
103 51 Stockholm

Bilaga 1

INKOM
FÖRSÄKRINGSKASSAN
2011-10-24
Dnr 069161-2011

Uppdrag om unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga samt utbetalning av medel

Regeringens beslut

Regeringen ger Försäkringskassan i uppdrag att genomföra en studie av situationen för unga som beviljas aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Syftet med studien är att få större kunskap om vilka insatser som vidtas för att öka arbetsförmågan och stödja ungdomar att hitta en väg in på arbetsmarknaden.

Försäkringskassan ska närmare beskriva gruppen unga som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga samt kartlägga vilka insatser och åtgärder som i dag görs av olika aktörer för denna grupp. Det kan t.ex. avse Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, kommuner och samordningsförbund. Försäkringskassan ska också beskriva och analysera befintlig samverkan på området och lämna förslag till hur denna, inom ramen för nuvarande uppdrag, kan effektiviseras. Arbetet ska bedrivas i samråd med berörda aktörer i sjuk-skrivningsprocessen. Försäkringskassan ska fortlöpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om hur arbetet med uppdraget fortskrider.

Försäkringskassan tilldelas 2 000 000 kronor 2011 för genomförandet av detta uppdrag. Medlen utbetalas av Kammarkollegiet under 2011, engångsvis efter rekvisition, från anslag 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition, inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Rekvisitionen ska hänvisa till det diarienummer som uppdragsbeslutet har.

Försäkringskassan ska senast den 1 december 2011 redovisa en plan för uppdragets genomförande. Även kostnader som beräknas för genomförandet av uppdraget ska redovisas. En delrapport ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 2 april 2012. Denna delrapport ska innehålla en beskrivning av gruppen unga som beviljats

ersättningen, vilka insatser och åtgärder som i dag vidtas för öka arbetsförmågan för denna grupp samt en bedömning av vad som inte fungerar och hur insatserna kan effektiviseras. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 november 2012.

Närmare om uppdraget

Antalet unga med aktivitetsersättning i åldern 19–29 år har ökat kraftigt de senaste åren och uppgick i december 2010 till ca 26 600 personer. Av dessa är det ca 70 procent som har psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar. Nybeviljandet på grund av förlängd skolgång har ökat kraftigt och står i dag för 57 procent av det totala nybeviljandet. Antalet nybeviljade aktivitetsersättningar på grund av nedsatt arbetsförmåga har däremot minskat under de senaste åren. Utflödet för dem som har nedsatt arbetsförmåga ur aktivitetsersättning är dock mycket lågt och perioderna med ersättning är långa.

Regeringen kan konstatera att utflödet ur aktivitetsersättning är mycket lågt. De långa ersättningsperioderna försvårar, och i vissa fall omöjliggör, unga människors inträde eller återgång i arbetsmarknaden. Regeringens ambition är att dessa ungdomar ska få stöd att hitta vägar in på arbetsmarknaden. Kunskaperna är dock mycket begränsade om vilka stödjande insatser och åtgärder dessa ungdomar får ta del av i syfte att främja en utveckling av arbetsförmåga. Hur många av de unga som deltar i verksamheter eller insatser hos någon av sjukskrivningsprocessens aktörer har inte heller kartlagts. Det kan t.ex. handla om hur många av ungdomarna som får ta del av daglig verksamhet eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Studien ska innehålla en kartläggning av gruppen. Exempel på sådana uppgifter är den diagnos som utgör grund för det senaste beslutet, längd på ersättningsperiod, grad av arbetsförmågens nedsättning, ålder osv. Till kartläggningen ska kopplas en beskrivning av vilka insatser och åtgärder som gruppen får ta del av samt vilka aktörer i sjukskrivningsprocessen som ansvarar för dessa insatser. Kartläggningen ska även omfatta de insatser som lämnas för att skapa en meningsfull sysselsättning för de unga som har en sådan funktionsnedsättning att de bedöms ha mycket svårt att komma ut på arbetsmarknaden. Formerna för och omfattningen av samverkan mellan de olika samverkande aktörerna i sjukskrivningsprocessen bör också kartläggas. En analys ska också göras av eventuella brister i kontakterna mellan de olika aktörerna och förslag lämnas om hur insatserna kan effektiviseras. I analysen bör såväl den enskilde individens som föräldrarnas erfarenheter ingå.

I arbetet med studien ska Försäkringskassan samråda med utredningen om en översyn av de arbetsmarknadspolitiska insatserna för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga m.m. (dir. 2011:59).

Uppdraget ges inom ramen för regeringens satsning på psykiatri och psykisk hälsa. Regeringen avser att avsätta ytterligare 2 000 000 kronor 2012 för genomförandet av detta uppdrag i den mån riksdagen beviljar medel för ändamålet.

På regeringens vägnar



Göran Hägglund



Bengt Rönngren

Likalydande till
Kammarkollegiet

Kopia till

Statsrådsberedningen/SAM
Finansdepartementet/BA
Utbildningsdepartementet/SF
Arbetsmarknadsdepartementet/A
Socialutskottet
Arbetsförmedlingen
Sveriges Kommuner och Landsting

Bilaga 2 Registerdata och definitioner

Alla registeruppgifter har hämtats från Försäkringskassans datalager STORE, alternativt analysdatabasen MiDAS (som är en vidareutveckling av datalagret STORE). Begreppet **aktivitetsersättning** avser genomgående i resultatredovisningen **aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga** om inget annat anges. Regelverket för alla försäkringar och bidrag som inkluderas beskrivs närmare i Bilaga 3.

Enligt det gamla systemet innan 2003 kunde personer som var yngre än 30 år beviljas förtidspension (som var en permanent ersättning). När det gamla systemet med förtidspension och sjukbidrag ersattes med sjukersättning och aktivitetsersättning år 2003 räknades ersättningen om enligt övergångsregler. Dessa innebar att personer som var yngre än 30 år och som hade beviljats förtidspension räknades om till sjukersättning (som också är en ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga). Personer som var yngre än 30 år och som beviljats sjukbidrag (som var en tidsbegränsad ersättning) räknades om till tidsbegränsad sjukersättning.²⁸ Övergångsreglerna har stor betydelse för definitionen och tolkningen av måtten **inflöde**, **bestånd** och **utflöde**, vilket beskrivs närmare nedan

Inflödet till aktivitetsersättning

Inflödet definieras som personer som för första gången beviljas en period med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Inflödet är inte detsamma som begreppet **nybeviljande** som används i Försäkringskassans officiella statistik. Ett nybeviljande anger det första beslut som fattas för en person, men om en person till exempel går från aktivitetsersättning för förlängd skolgång till aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga räknas detta inte som ett nytt nybeviljande. Inflödet anger dock första gången en person får aktivitetsersättning på grund av nedsatta arbetsförmåga, oavsett om denne innan haft aktivitetsersättning för förlängd skolgång eller inte.

På grund av övergångsregler år 2003 räknades ersättningen för personer med **sjukbidrag** om till tidsbegränsad sjukersättning. Om dessa personer efter perioden med tidsbegränsad sjukersättning beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt

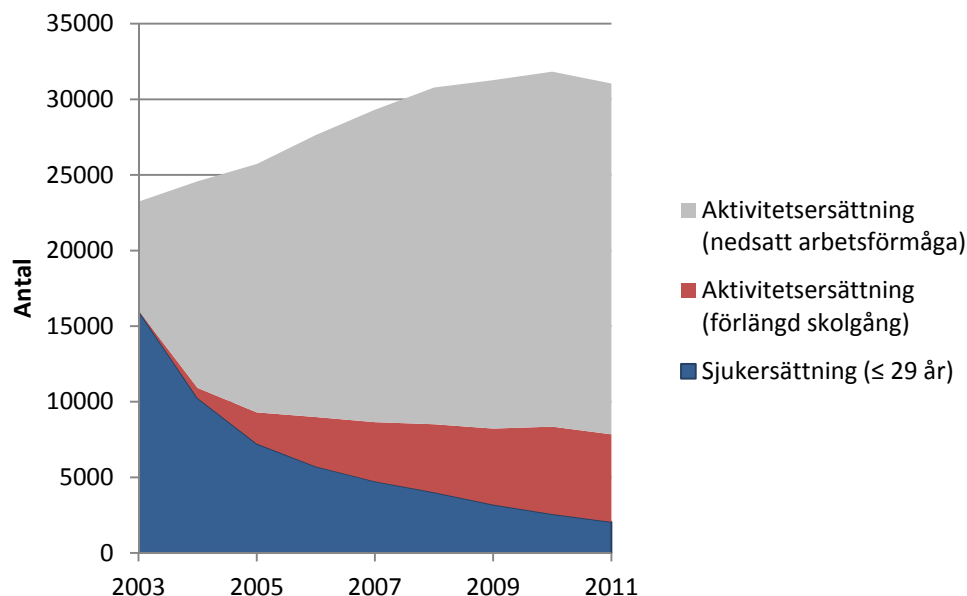
²⁸ Försäkringskassan (2004); "Sjukersättning och aktivitetsersättning – rätten till och beräkning"; Vägledning 2004:9.

arbetsförmåga räknas de inte som ett inflöde. Detta eftersom dessa individer inte kan betraktas som "nya" i systemet då de redan haft sjukbidrag på grund av sin nedsatta arbetsförmåga.

Beståndet

Beståndet är antalet personer som under en angiven tidsperiod har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Personer som är 29 år eller yngre och som på grund av övergångsregler år 2003 fick sin **förtidspension** omräknad till sjukersättning inkluderas inte i beståndet för aktivitetsersättning. Denna grupp utgjorde i oktober år 2011 drygt 2 000 personer (figur nedan).

Antal mottagare ≤ 29 år med sjuk- eller aktivitetsersättning i december respektive år (oktober år 2011)



Att personer som är 29 år eller yngre och som har sjukersättning inte inkluderas i statistiken om beståndet måste beaktas i tolkningen av vissa resultat. I huvudsak är detta personer med olika typer av sjukdomar i nervsystemet och medfödda missbildningar som beviljades förtidspension i ung ålder. Uppgifter som är relaterade till dessa diagnoser (till exempel diagnosfördelning, förekomst av en parallell

funktionshinderförmån m.m.) kan i viss utsträckning vara underskattade jämfört med vad som hade varit fallet om ett bestånd kunnat studeras med individer som enbart beviljats ersättning från aktivitetstersättning. Detta kan ske först år 2015, då de sista personerna som beviljats ersättning enligt det gamla systemet fyller 30 år.

Utflödet från aktivitetstersättning

Utflödet innefattar alla som avslutat en period med aktivitetstersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Det kan dels vara personer som inte längre beviljas aktivitetstersättning då de bedöms ha en arbetsförmåga, dels personer som är 29 år och som därmed nått den övre gränsen för vilken aktivitetstersättningen kan betalas ut.²⁹ Uppgifter om utflödet avser år 2009 för att möjliggöra en analys av vilka typer av försörjningskällor som personerna har haft efter sin avslutade period med aktivitetstersättning.³⁰

På grund av att ersättningsformen infördes först år 2003 så inkluderar statistiken om utflödet enbart personer som antingen haft ersättning i maximalt 7 år, alternativt som beviljats sjukbidrag innan 2003. Detta innebär att personer med olika typer av sjukdomar i nervsystemet och medfödda missbildningar som beviljades förtidspension i ung ålder innan 2003 (och som fortfarande inte är 30 år) inte inkluderas i utflödet. Därmed är uppgifter som kan vara relaterade till dessa diagnoser underskattade, jämfört med om en population kunnat studeras som enbart hade fått ersättning från aktivitetstersättningen. Exempel på uppgifter som kan vara berörda är ersättningsperiodens längd och andelen som utflödar till sjukersättning.

Ekonomiska förhållanden, Data och definitioner

Alla uppgifter har hämtats från databasen LISA, kompletterad med uppgifter från Försäkringskassans analysdatabas MiDAS för att kunna identifiera personer 19-29 år med aktivitetstersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

När det gamla systemet med förtidspension och sjukbidrag ersattes med sjukersättning och aktivitetstersättning år 2003 räknades ersättningen om enligt

²⁹ Aktivitetstersättning kan betalas ut fram till månaden innan personen fyller 30 år.

³⁰ Det är exempelvis två års eftersläpning i uppgifterna om pensionsgrundande inkomst av förvärvsarbete, dvs. detta går enbart att studera för år 2010.

övergångsregler. Dessa innebär att personer som var yngre än 30 år och som hade beviljats förtidspension innan 2003 överfördes till sjukersättningen. Personer som var yngre än 30 år och som beviljats sjukbidrag räknades om till tidsbegränsad sjukersättning. Dessa individer finns också med gruppen 19-29 åringar med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Hushåll (familj)

Rapporten beskriver individernas ekonomiska. Allt detta påverkas av individernas hushållssituation. Hushållets sammansättning och andra hushållsmedlemmars inkomster påverkar även disponibel inkomst per konsumtionsenhet för övriga individer i hushållet.

Familj identifieras med hjälp av familjeidentitet. Familjeidentitet (RTB-familj) utgörs av personnumret för den äldste personen av maximalt två generationer som har relationer med varandra,³¹ som är folkbokförda på samma fastighet. Då fler än två generationer bor tillsammans bildas RTB-familjen med utgångspunkt från den yngsta generationen, om den är ogift. En person kan endast ingå i en RTB-familj. Ej gifta vuxna som är folkbokförda på samma fastighet och har gemensamt barn ingår i samma familj oberoende av barnets folkbokföring.³²

Sammanboende som aldrig haft gemensamma barn kan inte hänföras till samma familj. SCB uppskattar att det finns minst 500 000 personer som är sambor, men som inte kan sammanföras till en familj. Dessa familjer kan vara felklassificerade p.g.a. att en fastighet kan innehålla flera lägenheter. De som klassificerats som sammanboende med gemensamma barn kan eventuellt bo i olika lägenheter i samma fastighet. Risken ökar om fastigheten är stor. Över 75 procent av befolkningen bor emellertid i fastigheter där det bor under 100 personer.

Ungefär 50 procent av befolkningen bor i fastigheter med mindre än 10 personer.³³

³¹ Relationerna omfattar make/maka, registrerad partner, sambo som har/har haft gemensamma barn (biologiskt/adoptiv), biologisk förälder, adoptivförälder, vårdnadshavare (för barn under 18 år) samt annan förälder än vårdnadshavare (fosterförälder).

³² Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) 1990–2009. Statistiska centralbyrån, 2011.

³³ Ibid.

Inkomstmått

Den viktigaste inkomstkällan för de flesta i vuxen ålder är inkomster från arbete. För de som har någon form av besparingar tillkommer dessutom inkomster från kapital. Tillsammans utgör inkomster från arbete och inkomst från kapital faktorinkomst. För att få en mer komplett bild av individernas ekonomiska situation behöver också skatter och transfereringar räknas med i bilden. När transfereringar lagts till (eller dragits ifrån) och skatten är avdragen fås så kallad disponibel inkomst. Detta kan sägas vara ett mått på individens ekonomiska standard.³⁴

Nedan finns en schematisk beskrivning av disponibel inkomst:

+ Löneinkomst

+ Företagarinkomst

+ Kapitalinkomst (positiv eller negativ)

=Faktorinkomst

+ Positiva transfereringar, skattepliktiga

+ Positiva transfereringar, ej skattepliktiga

- Negativa transfereringar (främst skatter)

= Disponibel inkomst

Det inkomstmått som används i rapporten är genomgående disponibel inkomst per konsumtionsenhet (även kallad ekonomisk standard). Detta mått fås genom att dela hushållets sammanlagda disponibla inkomst med en konsumtionsenhetsskala, där storleken på konsumtionsenhetsskalan beror på hushållets sammansättning (se nästa avsnitt). Detta mått på ekonomisk standard tilldelas samtliga individer i hushållet.

Det mått som i rapporten kallas "egen inkomst" är individens del av hushållets disponibla inkomster. I detta mått ingår individens egna inkomster och negativa transfereringar.

³⁴ Disponibel inkomst är inte ett fullständigt mått på ekonomisk välfärd. Utanför måttet ligger bland annat produktion i hemmet och nyttan av offentlig konsumtion.

Konsumtionsenhetsskala

Den ekonomiska standarden för individerna i ett hushåll beror inte enbart på hushållets samlade inkomster, utan också på hushållets sammansättning. För att kunna jämföra den ekonomiska situationen mellan individer i hushåll med olika sammansättning justeras disponibel inkomst därför för hushållets försörjningsbörda. Detta görs genom att dela disponibel inkomst med en konsumtionsenhetsskala (ibland kallad ekvivalensskala), som varierar beroende på hushållets sammansättning.

I denna rapport tillämpas en konsumtionsenhetsskala framtagen av SCB från och med inkomståret 2004 som förutom hushållets sammansättning också tar hänsyn till baskonsumtion som bostad, barnomsorg och lokala resor. Skalan är normerad till 1,0 för hushåll med endast en vuxen individ. I beräkningarna tilldelas individerna i ett hushåll vikter enligt följande skala:

Ensamboende och första vuxen i 1,00
samboförhållande

Andra vuxen i samboförhållande 0,51

Ytterligare vuxen 0,60

Första barnet 0-19 år 0,52

Andra och påföljande barn 0-19 år 0,42

Valet av konsumtionsenhetsskala kan ha stor betydelse för individernas absoluta och relativa ekonomiska standard. Jämförelsen av den ekonomiska standarden för individer i hushåll med olika sammansättning kan därför ge skilda resultat beroende på hur konsumtionsenhetsskalan definierats.³⁵

Inkomstpercentiler

Inkomstpercentiler beräknas genom att befolkningen delas upp i 100 lika stora grupper rangordnade efter stigande inkomst. Den procent i gruppen med lägst ekonomisk standard hamnar i den första percentilen, den nästkommande procenten

³⁵ Se SOU 2002:73 Förbättrad statistik om hushållens inkomster. Fritzes: 2002, för en ingående diskussion om konsumtionsenhetsskalor.

med lägst ekonomisk standard i den andra percentilen upp till den procent med högst ekonomisk standard som hamnar i den hundra percentilen.

Låg ekonomisk standard

En viktig del i beskrivningen av individernas ekonomiska standard är att urskilja individer med låg ekonomisk standard. I denna rapport beskrivs hur stor andel av individerna som har låg ekonomisk standard. Detta kan göras på två sätt, där låg ekonomisk standard kan definieras som antingen absolut eller relativ.

De absoluta måtten utgår från att en förutbestämd nivå på inkomsten betraktas som låg, till exempel socialbidragsnormen. Ett relativt mått på låg ekonomisk standard tar hänsyn till inkomstnivån i samhället, där individens inkomst relateras till andra individers inkomster, oftast medel- eller medianinkomsten.

I rapporten används samma standard som i EU,³⁶ där individer med en inkomst under 60 procent av medianinkomsten för samtliga individer anses ha en låg ekonomisk standard.

Ekonomiskt bistånd

Förutom låg ekonomisk standard redovisas andelen som bor i hushåll som uppbär ekonomiskt bistånd. Detta är en individuellt behovsprövad insats som beslutas med stöd av socialtjänstlagen.

Bistånd kan enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ges till den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt. Enligt 4 kap. 2 § får socialnämnden om det finns skäl för det ge bistånd utöver vad som följer av 1 §. Biståndet kan gälla försörjning (försörjningsstöd) eller livsföring i övrigt.

Ekonomiskt bistånd (socialbidrag) är det begrepp som täcker all ekonomisk hjälp enligt socialtjänstlagen. Försörjningsstöd är en del av det ekonomiska biståndet och avser de vanligaste och regelbundet återkommande levnadskostnaderna.

Försörjningsstödet består dels av en norm för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och TV-avgift, dels av skäligena kostnader för boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt

³⁶ Atkinson, A B, B Cantillon, E Marlier & B Nolan (2002). *Social Indicators: The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press: Oxford

medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa. När det gäller normen beslutar regeringen varje år om en skälig nivå genom riksnormen.

Till livsföringen i övrigt hör t.ex. vård och behandling, boende i olika former och ekonomiskt bistånd som inte gäller försörjning, dvs. mer tillfälliga eller sällan förekommande ekonomiska behov. Det kan vara t.ex. kostnader för hälso- och sjukvård, tandvård, glasögon, hemutrustning eller begravning.³⁷

Kategorisering av den undersökta populationen

För att bättre beskriva gruppen har en kategorisering genomförts. Kategoriseringen har utförts genom registerdata från Försäkringskassan, Socialstyrelsen om personer som omfattas av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och från Arbetsförmedlingen (AF) om arbetsmarknadsstatus. Med stöd av dessa uppgifter har vi skapat tre delgrupper: individer med LSS, individer som har insatser från Arbetsförmedlingen och en grupp som består av personer som huvudsakligen är aktuella på Försäkringskassan. Gruppen övriga individer är sålunda individer som inte har rätt till LSS eller kategoriseras under Arbetsförmedlingen. Den består av personer som kan ha insatser från kommunerna, t.ex. enligt Socialtjänstlagen (SoL) och/eller har aktiviteter som finansieras av Försäkringskassan.

De som är aktuella på Arbetsförmedlingen delas vidare upp i två grupper: "närmare arbetsmarknaden" och "arbetsrehabiliterande åtgärder". "Närmare arbetsmarknaden" omfattade SKAT 11, 21-22, 31, 32, 35-36, 38-39, 41-43, 46 och 49; "Arbetsrehabiliterande åtgärder" omfattade SKAT 54-55, 59, 67, 69-73, 75-76, 79, 81, 83 och 96-98. Efter samtal med representanter för Arbetsförmedlingen har SKAT 14, som för denna population är en stor grupp, exkluderats från att kategoriseras inom Arbetsförmedlingen då dessa individer inte nödvändigtvis står till arbetsmarknadens förfogande. Definitionen av SKAT 14 lyder "Arbetssökande som är förhindrad att aktivt och/eller omgående tillträda på arbetsmarknaden förekommande arbete".

³⁷ Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2010. Utbetalda belopp samt antal biståndsmottagare och antal biståndshushåll. Socialstyrelsen, 2011.

Bilaga 3 – Gällande regler för olika förmåner**Aktivitetsersättning**

Aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga beviljas de som är i åldrarna 19–29 år och som på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den psykiska eller fysiska prestationsförmågan har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år. Den är alltid tidsbegränsad och kan beviljas för upp till tre år i taget. Aktivitetsersättningen kan kombineras med en medverkan i olika aktiviteter som ska ha till syfte att öka förutsättningarna att förbättra arbetsförmågan. Ungdomar som på grund av funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- och gymnasienivå har rätt till aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång under studierna.

Aktivitetsersättning kan betalas ut i form av hel, tre fjärdedels, halv respektive en fjärdedels ersättning. Det finns en inkomstrelaterad ersättning och en garantiersättning. Den inkomstrelaterade ersättningen är knuten till arbetsinkomsten. Garantiersättning får personer med inga eller låga förvärvsinkomster. För aktivitetsersättning varierar garantiersättningen beroende på bland annat ålder. Maximal garantiersättning per månad år 2011 var 8 382 kronor, motsvarande 2,35 prisbasbelopp.

Bostadstillägg

Personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning som har en låg inkomst kan få bostadstillägg så att de kan ha möjlighet att ha en bostad av god kvalitet, utan att levnadsstandarden i övrigt behöver drabbas.

Bostadstillägget omfattar

bostadstillägg (BT)

särskilt bostadstillägg (SBT).

Storleken på bostadstillägget beror på boendekostnaden samt de inkomster och den förmögenhet som den enskilde har. Under 2011 var högsta möjliga BT 93 procent av boendekostnaden upp till 5 000 kronor per månad för ogifta respektive 2 500 kronor per månad för gifta. BT är ett skattefritt stöd som den enskilde måste ansöka om.

SBT är ett stöd som syftar till att garantera den enskilde en skälig levnadsnivå efter att en skälig bostadskostnad är betald. En förutsättning för att kunna få SBT är att BT är beviljat. Under 2010 ansågs en bostadskostnad som uppgick till högst 6 200 kronor per månad för ogifta och 3 100 kronor per månad för gifta som skälig bostadskostnad. Beloppen för skälig levnadsnivå var 4 967 kronor per månad för ogifta och 4 197 kronor för gifta. SBT betalas ut i form av ett utfyllnadsbelopp upp till skälig levnadsnivå.

Vårdbidrag

En förälder kan få vårdbidrag för sitt barn om barnet är i behov av särskild tillsyn eller vård under minst sex månader. Det gäller längst till och med juni månad det år då barnet fyller 19 år. Den särskilda tillsynen eller vården ska vara orsakad av sjukdom eller funktionsnedsättning. Föräldern kan också få vårdbidrag om barnets sjukdom eller funktionsnedsättning medför ökade utgifter (merkostnader).

Om föräldern vårdar flera barn med funktionsnedsättning i den aktuella åldern grundas rätten till vårdbidrag på det sammanlagda behovet av tillsyn och vård samt på de ökade utgifternas omfattning.

Vårdbidraget kan betalas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Ett helt vårdbidrag uppgår till 2,5 prisbasbelopp per år vilket år 2011 innebar 8 917 kronor per månad. Vårdbidraget är skattepliktigt och pensionsgrundande. Vårdbidrag för ökade omkostnader är dock skattefritt.

Under vissa förutsättningar kan merkostnadsersättning betalas ut utöver det normala beloppet för hel förmån. Vårdbidrag kan även beviljas om det enbart finns behov av ersättning för merkostnader. I sådant fall är vårdbidraget 36 eller 62,5 procent av prisbasbeloppet per år beroende på merkostnadens storlek.

Assistansersättning

Assistansersättning kan ges till den som har autism, utvecklingsstörning, betydande begåvningsmässiga funktionsnedsättningar efter hjärnskada i vuxen ålder eller andra varaktiga funktionsnedsättningar som inte beror på normalt åldrande. Nedsättningen måste vara stor och orsaka betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Person som bor i gruppboende eller vårdas på institution har inte rätt till assistansersättning.

Hjälp med ett eller flera av de grundläggande behoven måste uppgå till mer än 20 timmar i veckan i genomsnitt.

Assistansersättningen får endast användas till köp av personlig assistans genom - kommunen, brukarkooperativ alternativt privat företag eller för att själv avlöna de personliga assistenter som anlitas till hjälp i den dagliga livsföringen.

Assistansersättning betalas med ett belopp per timme, vilket år 2011 motsvarade 258 kronor. Möjlighet finns dock att ansöka om förhöjd ersättning.

Förlängt barnbidrag

Barn över 16 år som går kvar i grundskolan eller går i grundsärskola eller gymnasiesärskola har rätt till förlängt barnbidrag. Det finns ingen övre åldersgräns för rätten till förlängt barnbidrag och bidraget utgör 1050 kr per månad för ett barn (samma belopp som barnbidraget). Bidraget betalas ut till och med den månad barnet slutför utbildningen eller avbryter studierna.

Handikappersättning

En person som för avsevärd tid har fått sin funktionsförmåga nedsatt så att han eller hon behöver tidskrävande hjälp av någon annan för att klara sig hemma eller på arbetet kan få handikappersättning. Handikappersättning beviljas också om en person i övrigt har betydande merkostnader på grund av nedsatt funktionsförmåga. Handikappersättning kan beviljas från och med juli månad det år då en person fyller 19 år och som innan han eller hon fyllt 65 år har fått sin funktionsförmåga nedsatt.

Ersättningen är 36, 53 eller 69 procent av prisbasbeloppet per år, beroende på hjälpbehov och merkostnadernas storlek. År 2011 motsvarade de tre nivåerna 1 284, 1 890 respektive 2 461 kronor per månad. Blinda och personer med grav hörselskada får alltid ersättning om funktionsnedsättningen uppkom innan de fyllde 65 år.

Sjukersättning

Sjukersättning är en ersättning för individer som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av en sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Sjukersättning kan beviljas för individer som är mellan 30–64 år.

Arbetsförmågan ska på grund av sjukdom vara stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel i alla arbeten på hela arbetsmarknaden. Där ingår även arbeten som anordnas för personer med funktionsnedsättning, till exempel anställningar med lönebidrag.

Beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt kan hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukersättning beviljas. Sjukersättning kan vara inkomstrelaterad eller i form av garantiersättning. Hel inkomstrelaterad ersättning ger dig cirka 64 procent av den inkomst som den försäkrade har haft de senaste åren.

Tidsbegränsad sjukersättning

Den tidsbegränsade sjukersättningen upphörde som ersättningsform från den 1 juli 2008. Det övergångsregler som innebär att man, efter ansökan, kan få tidsbegränsad sjukersättning i ytterligare maximalt 18 månader dock längst till och med december 2012. Individer som har aktivitetsersättning som upphör under 2012 på grund av ålder kan fortfarande ansöka om en period med tidsbegränsad sjukersättning dock längst tom dec 2012. Från och med 2013 kan ingen längre få tidsbegränsad sjukersättning då kan man få sjukpenning från sjukförsäkringen om arbetsförmågan fortsatt är nedsatt med minst en fjärdedel.



Bilaga 4 - Enkäterna

Försäkringskassan behöver din hjälp

Denna enkät vänder sig till dig som tidigare har haft aktivitetsersättning. Frågorna i enkäten handlar om dig och din situation då och nu. Dina mål och planer, vilket stöd du behövde, vilket stöd du fick och av vem.

Enkäten ska ge oss på Försäkringskassan mer kunskap om de förväntningar och behov som personer med aktivitetsersättning har. Med hjälp av den kunskapen kan vi utvecklas och bli bättre på att ge dem det stöd de behöver.

Din medverkan i undersökningen är frivillig. Men vi behöver dina svar för att vi verkligen ska kunna förstå hur vi ska arbeta på bästa sätt för att hjälpa alla dem som har aktivitetsersättning. Därför är det viktigt att du besvarar frågorna och skickar tillbaka enkäten i det frankerade svarskuvertet.

Du kan också fylla i enkäten på internet

För att fylla i enkäten på internet, gå in på www.forsakringskassan.se/enkat/ae. Logga in med uppgifterna nedan.

Ditt användarnamn:

Ditt lösenord:

Dina uppgifter behandlas anonymt

Dina svar kommer att avidentifieras. Det betyder att de inte kan kopplas tillbaka till dig som person. Vill du veta mer om hur dina svar hanteras kan du läsa mer om det på nästa sida.

Har du frågor?

Om du har några frågor är du välkommen att ringa vårt kundcenter på 0771-524 524.

Tack för din hjälp!
Med vänlig hälsning

Försäkringskassans huvudkontor
Avdelningen för analys och prognos
Ed Palmer

Löpnr:

Enkät till dig som tidigare har haft aktivitetsersättning

Den här enkäten har tre delar. Den första delen innehåller frågor om din bakgrund. Den andra handlar om din nuvarande situation. I den tredje och sista delen får du svara på frågor om hur det var under din tid med aktivitetsersättning.

Bakgrundsfrågor

1. Vem svar på frågorna i enkäten?

Välj det alternativ som stämmer bäst

- ☐ Jag själv
- ☐ En anhörig
- ☐ Min kontaktperson, boendestöd eller liknande
- ☐ Min gode man eller förvaltare
- ☐ Någon annan (till exempel en vän eller granne)

2. Vilken är den högsta utbildning du var helt färdig med innan du fick aktivitetsersättning?

- ☐ Grundskola
- ☐ Grundsärskola
- ☐ Gymnasium
- ☐ Gymnasiesärskola
- ☐ Universitetsstudier
- ☐ Vet ej

3. Omfattas du av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

4. När du gick i skolan, fick du det stöd du behövde på grund av din funktionsnedsättning?

	Ja	Nej	Vet ej
Jag fick det stöd jag behövde.	☐	☐	☐
Jag behövde inte särskilt stöd då.	☐	☐	☐

Frågor om din nuvarande situation

5. Vilket eller vilka av följande påståenden beskriver bäst din situation just nu?

Välj ett eller flera alternativ.

- ☐ Jag har en avlönad anställning.
- ☐ Jag har en anställning med lönesubvention från Arbetsförmedlingen.
- ☐ Jag har anställning på en skyddad arbetsplats.
- ☐ Jag studerar.
- ☐ Jag har en praktikplats utan lön.
- ☐ Jag är registrerad på Arbetsförmedlingen och söker en avlönad anställning.
- ☐ Jag har blivit sjuk och har sjukpenning.
- ☐ Jag är föräldraledig.

6. Hur upplevde du övergången från att ha aktivitetsersättning till att försörja sig på annat sätt?

Välj det alternativ som stämmer för dig. Du kan välja flera alternativ.

- ☐ Jag valde själv att avsluta perioden med aktivitetsersättning.
- ☐ Jag ansökte om en förlängning av min aktivitetsersättning men fick inte det.
- ☐ Jag har vilande aktivitetsersättning.
- ☐ I efterhand tycker jag att beslutet att avsluta perioden med aktivitetsersättning var rätt för mig.
- ☐ Jag tror att jag kommer att klara mig bra i mitt nuvarande liv.

7. Hur försörjer du dig idag?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående. Om du försörjer dig på flera olika sätt kan du fylla i flera rutor.

	Ja	Nej	Vet ej
Genom den lön jag får som anställd.	☐	☐	☐
Jag har studiemedel från CSN.	☐	☐	☐
Jag har arbetslöshetsersättning.	☐	☐	☐
Jag har föräldrapenning.	☐	☐	☐
Jag är beroende av min partner för min försörjning.	☐	☐	☐
Jag är beroende av pengar från min familj (mamma, pappa, syskon etc.).	☐	☐	☐
Jag är beroende av ekonomiskt bistånd från kommunen.	☐	☐	☐

8. Studerar du eller går du några kurser på fritiden?*Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.*

	Ja	Nej	Vet ej
Jag håller på att göra klart grundskolan.	☐	☐	☐
Jag går på ett yrkesprogram på gymnasiet.	☐	☐	☐
Jag går kurser i svenska.	☐	☐	☐
Jag går på de gymnasiekurser som jag behöver för att söka in på universitetet.	☐	☐	☐
Jag har påbörjat/fortsätter med universitetsstudier.	☐	☐	☐
Jag går kurser på studieförbund (till exempel i språk, data, litteratur, drejning, målning, bakning).	☐	☐	☐

9. Behöver du fortfarande stöd för att klara dig bättre i vardagen?*Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.*

	Ja	Nej	Ej aktuellt
Jag behöver fortfarande stöd av en handläggare på Arbetsförmedlingen för att söka en avlönad anställning.	☐	☐	☐
Jag behöver fortfarande stöd av min läkare.	☐	☐	☐
Jag behöver fortfarande stöd av annan personal inom hälso- och sjukvården (till exempel psykolog, kontaktperson för samtal, arbetsterapeut, logoped).	☐	☐	☐
Jag behöver fortfarande en kontaktperson på kommunen.	☐	☐	☐
Jag behöver stöd av min arbetsgivare för att klara mig på min arbetsplats.	☐	☐	☐
Jag behöver samtalsstöd.	☐	☐	☐

10. Får du något av följande stöd för att klara dig bättre i vardagen?*Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.*

	Ja	Nej	Ej aktuellt
Jag får ett bra stöd av en handläggare på Arbetsförmedlingen för att söka en avlönad anställning.	☐	☐	☐
Jag får ett bra stöd av min läkare.	☐	☐	☐
Jag får ett bra stöd av annan personal inom hälso- och sjukvården (till exempel psykolog, kontaktperson för samtal, arbetsterapeut, logoped).	☐	☐	☐
Jag får ett bra stöd av min kontaktperson på kommunen.	☐	☐	☐
Jag får stöd av min arbetsgivare för att klara mig på min arbetsplats.	☐	☐	☐
Jag får det samtalsstöd jag behöver.	☐	☐	☐

11. Har du en eller flera personer i ditt liv som något av följande stämmer in på?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

	Ja	Nej	Vet ej
Någon som finns där för mig när jag behöver prata.	☐	☐	☐
Någon som kan hjälpa mig att förstå information som är viktig för mig att känna till.	☐	☐	☐
Någon som ger mig bra råd.	☐	☐	☐
Någon som förstår mina problem.	☐	☐	☐

Frågor om din tid med aktivitetssättning

12. Gjorde du något av följande under den tid som du hade aktivitetssättning?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

	Ja	Nej	Vet ej
Jag deltog i en daglig verksamhet som också var min dagliga sysselsättning.	☐	☐	☐
Jag deltog i en eller flera dagverksamheter med träffar och aktiviteter ordnade av kommunen.	☐	☐	☐
Jag behövde inte stöd av kommunen.	☐	☐	☐

13. Kompletterade du din utbildning samtidigt som du hade aktivitetssättning?

Välj det alternativ som stämmer för dig. Du kan välja flera alternativ.

- ☐ Jag gick de kurser som jag behövde för att bli klar med grundskolan.
- ☐ Jag gick de kurser som jag behövde för att avsluta ett yrkesprogram på gymnasiet.
- ☐ Jag gick kurser i svenska som jag behövde för att kunna vidareutbilda mig och få en avlönad anställning.
- ☐ Jag gick de gymnasiekurser som jag behövde för att söka in på universitetet.
- ☐ Jag fortsatte med mina universitetsstudier.
- ☐ Jag gick en eller flera kurser på studieförbund (till exempel i språk, data, litteratur, drejning, målning, bakning).

14. Vilket stöd behövde du för att klara dig bättre i vardagen när du hade aktivitetssättning?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

	Ja	Nej	Vet ej
Jag behövde stöd med aktiviteter i vardagen. (Till exempel arbete i grupp, åka kommunalt, gå upp i rätt tid, komma till möten eller aktiviteter i rätt tid, sköta mitt hem själv).	☐	☐	☐
Jag behövde regelbundet samtalsstöd.	☐	☐	☐
Jag behövde en kontaktperson inom hälso- och sjukvården.	☐	☐	☐
Jag behövde medicinskt stöd för att så småningom nå mitt sysselsättningsmål.	☐	☐	☐

15. Fick du något av följande stöd för att klara dig bättre i vardagen när du hade aktivitetsersättning?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

Jag fick stöd med aktiviteter i vardagen. (Till exempel arbete i grupp, åka kommunalt, gå upp i rätt tid, komma till möten eller aktiviteter i rätt tid, sköta mitt hem själv).

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag fick regelbundet samtalsstöd.

☐ ☐ ☐

Jag hade kontakt med min kontaktperson inom hälso- och sjukvården när jag behövde det.

☐ ☐ ☐

Jag fick det medicinskt stöd jag behövde för att nå mitt sysselsättningsmål.

☐ ☐ ☐

16. Behövde du stöd eller utbildning för att kunna få en avlönad anställning?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

Jag behövde komplettera min utbildning på Komvux för att kunna få en avlönad anställning.

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag behövde en praktikplats hos en arbetsgivare för att kunna få en avlönad anställning.

☐ ☐ ☐

Jag behövde förberedande stöd för att kunna söka en avlönad anställning.

☐ ☐ ☐

17. Tyckte du att något av följande var ett hinder för att du skulle få en avlönad anställning?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

Min hälsa eller funktionsnedsättning gjorde det omöjligt för mig att söka en anställning i början av tiden med aktivitetsersättning.

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Under en lång period kände jag mig alltför osäker i sociala sammanhang för att våga prova en anställning hos en arbetsgivare.

☐ ☐ ☐

Jag var länge rädd för att bli av med min aktivitetsersättning och hamna i en situation där jag inte fick några pengar.

☐ ☐ ☐

Det tog lång tid innan Arbetsförmedlingen hittade något som passade mig.

☐ ☐ ☐

18. Fick du stöd eller utbildning för att kunna få en avlönad anställning?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

Jag genomförde en komvuxutbildning.

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag fick utbildning ordnad av kommunen.

☐ ☐ ☐

Jag fick utbildning via Arbetsförmedlingen.

☐ ☐ ☐

Jag fick en praktikplats hos en arbetsgivare.

☐ ☐ ☐

Jag fick en praktikplats ordnad av kommunen.

☐ ☐ ☐

Jag fick en praktikplats via Arbetsförmedlingen.

☐ ☐ ☐

Arbetsförmedlingen gav mig det stöd jag behövde för att kunna få en avlönad anställning.

☐ ☐ ☐

Datum


+
6 (6)

19. När du hade aktivitetsersättning, fick du det stöd du behövde av någon av följande personer?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

	Ja	Nej	Vet ej
En handläggare på Försäkringskassan.	☐	☐	☐
Min läkare.	☐	☐	☐
Andra personer inom hälso- och sjukvården.	☐	☐	☐
En handläggare på kommunen..	☐	☐	☐
En handläggare på Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
En handläggare i ett samordningsprojekt som jag deltog i för att kunna få en avlönad anställning eller gå en vidareutbildning.	☐	☐	☐
Någon i min familj.	☐	☐	☐
Någon annan.	☐	☐	☐
Jag tyckte inte att jag behövde stöd.	☐	☐	☐

20. När du hade aktivitetsersättning, tyckte du att din handläggare på Försäkringskassan var aktiv med att se till att andra gav dig det stöd du behövde?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

21. Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, kommunen och Arbetsförmedlingen har olika uppdrag och gör olika insatser. Vilkas insatser var viktiga för att du skulle kunna gå vidare och börja arbeta eller studera?

Välj det alternativ som stämmer bäst för varje påstående.

	Ja	Nej	Vet ej
Hälso- och sjukvården.	☐	☐	☐
Kommunen.	☐	☐	☐
Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
Försäkringskassan.	☐	☐	☐

22. Finns det något mer du vill framföra eller någon särskild fråga du vill kommentera?

- ☐ Nej
☐ Ja. Skriv på de tomma raderna här nedanför.

Enkät om stöd till dig som har aktivitetsersättning

Löpnr:

1. Vem svar på frågorna i enkäten?

- ☐ Jag själv
- ☐ En anhörig
- ☐ Min kontaktperson, boendestöd eller liknande
- ☐ Min gode man eller förvaltare
- ☐ Någon annan (till exempel en vän eller granne)

2. Omfattas du av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

3. För dig som omfattas av LSS, vilket av följande gäller?

- ☐ Jag deltar i en daglig verksamhet som också är min dagliga sysselsättning.
- ☐ Jag har ett beslut om en plats i en daglig verksamhet, men har ännu inte fått plats.
- ☐ Min funktionsnedsättning gör att en daglig verksamhet inte passar mig.

4. Om du inte omfattas av LSS och därmed inte har rätt till en daglig verksamhet, vilket av följande gäller?

- ☐ Jag deltar i en eller flera dagverksamheter med träffar och aktiviteter ordnade av kommunen.
- ☐ Jag har deltagit i flera dagverksamheter tidigare, men gör det inte just nu.
- ☐ Jag är inte intresserad av dagverksamheter.

5. Vilken är den högsta utbildning du är helt färdig med?

- ☐ Grundskola
- ☐ Grundsärskola
- ☐ Gymnasium
- ☐ Gymnasiesärskola
- ☐ Universitetsstudier
- ☐ Vet ej

6. Tänk tillbaka på din skolgång. Stämmer följande?

	Ja	Nej	Vet ej
Jag fick det stöd jag behövde	☐	☐	☐
I min skola hade man kunskap om och förståelse för min funktionsnedsättning.	☐	☐	☐

7. Vilken information behövde du i samband med att du avslutade din skolgång?

- ☐ Information om att söka till en daglig verksamhet hos kommunen.
- ☐ Information om att söka arbete med stöd av Arbetsförmedlingen.
- ☐ Information om vidareutbildning för att kunna söka ett avlönat arbete.
- ☐ Information om att söka aktivitetsersättning från Försäkringskassan.
- ☐ Inget av detta var viktigt just då.

8. Fick du den information du behövde i samband med att du avslutade din skolgång?

	Ja	Nej	Vet ej
Information om att söka till en daglig verksamhet hos kommunen.	☐	☐	☐
Information om att söka arbete med stöd av Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
Information om vidareutbildning för att kunna söka ett avlönat arbete.	☐	☐	☐
Information om att söka aktivitetsersättning från Försäkringskassan.	☐	☐	☐
Jag hade inget behov av information.	☐	☐	☐

9. På vilket sätt fick du veta att du kunde ansöka om aktivitetsersättning?

- ☐ Genom min handläggare på Försäkringskassan.
- ☐ Genom min läkare eller någon annan person inom sjukvården.
- ☐ Genom min handläggare på kommunen.
- ☐ Genom min handläggare på Arbetsförmedlingen.
- ☐ På en informationsträff ordnad av skolan.
- ☐ Någon i min familj tog reda på det.
- ☐ Något annat sätt.
- ☐ Vet ej

10. Vad tror du att du kommer att göra i framtiden?

	Ja	Nej	Vet ej
Jag kommer att vara sysselsatt genom min dagliga verksamhet hos kommunen.	☐	☐	☐
Jag kommer att söka en avlönad anställning.	☐	☐	☐
Jag kommer att vidareutbilda mig.	☐	☐	☐
Min sjukdom eller skada hindrar mig från att delta i någon utbildning eller sysselsättning.	☐	☐	☐

11. Vad skulle du vilja göra i framtiden?

Jag vill vara sysselsatt genom min dagliga verksamhet hos kommunen.

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag vill söka en avlönad anställning.

☐ ☐ ☐

Jag vill vidareutbilda mig.

☐ ☐ ☐

Min sjukdom eller skada hindrar mig från att delta i någon utbildning eller sysselsättning.

☐ ☐ ☐

12. Vilket stöd behöver du för att klara dig bättre i vardagen?

Jag behöver stöd med aktiviteter i vardagen. (Till exempel arbete i grupp, åka kommunalt, gå upp i rätt tid, komma till möten eller aktiviteter i rätt tid, sköta mitt hem själv.)

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag behöver regelbundet samtalsstöd.

☐ ☐ ☐

Jag behöver en kontaktperson inom hälso- och sjukvården.

☐ ☐ ☐

Jag behöver medicinska stöd för att så småningom nå mitt sysselsättningsmål.

☐ ☐ ☐

13. Får du något av följande stöd för att du ska klara dig bättre i vardagen?

Jag får stöd med aktiviteter i vardagen. (Till exempel arbete i en grupp, åka kommunalt, gå upp i rätt tid, komma till möten eller aktiviteter i rätt tid, sköta mitt hem själv.)

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag får regelbundet samtalsstöd.

☐ ☐ ☐

Jag har kontakt med min kontaktperson inom hälso- och sjukvården när jag behöver det.

☐ ☐ ☐

Jag får det medicinska stöd jag behöver för att så småningom nå mitt sysselsättningsmål.

☐ ☐ ☐

14. Behöver du stöd eller utbildning för att kunna få en avlönad anställning?

Jag behöver komplettera min utbildning med en komvuxutbildning för att kunna få en avlönad anställning.

Ja Nej Vet ej

☐ ☐ ☐

Jag behöver en praktikplats hos en arbetsgivare för att kunna få en avlönad anställning.

☐ ☐ ☐

Jag behöver förberedande stöd för att kunna söka en avlönad anställning.

☐ ☐ ☐

15. Får du stöd eller utbildning för att kunna få en avlönad anställning?

	Ja	Nej	Vet ej
Jag går en komvuxutbildning som jag tror leder till en avlönad anställning.	☐	☐	☐
Jag har fått utbildning ordnad av kommunen.	☐	☐	☐
Jag har fått utbildning via Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
Jag har en praktikplats hos en arbetsgivare.	☐	☐	☐
Jag har fått en praktikplats ordnad av kommunen.	☐	☐	☐
Jag har fått en praktikplats via Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
Arbetsförmedlingen ger mig det stöd jag behöver för att kunna få en avlönad anställning.	☐	☐	☐
Ett särskilt samordningsprojekt ger mig det stöd jag behöver för att kunna få en avlönad anställning.	☐	☐	☐

16. Upplever du något av följande som ett hinder för att du ska kunna få en avlönad anställning?

	Ja	Nej	Vet ej
Min hälsa eller funktionsnedsättning gör det omöjligt att söka en anställning.	☐	☐	☐
När jag mår bättre vill jag pröva något som leder till en anställning hos en arbetsgivare.	☐	☐	☐
Jag känner mig alltför osäker i sociala sammanhang för att våga prova en anställning hos en arbetsgivare.	☐	☐	☐
Jag är rädd för att bli av med min aktivitetsersättning och hamna i en situation där jag inte får några pengar.	☐	☐	☐
Arbetsförmedlingen hittar inget som passar mig.	☐	☐	☐

17. Får du det stöd du behöver av någon av följande personer?

	Ja	Nej	Vet ej
En handläggare på Försäkringskassan.	☐	☐	☐
En handläggare på kommunen.	☐	☐	☐
En handläggare på Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
En handläggare i ett samordningsprojekt som jag deltar i för att kunna få en avlönad anställning eller gå en vidareutbildning.	☐	☐	☐
Någon i min familj.	☐	☐	☐
Någon annan.	☐	☐	☐
Jag tycker inte att jag behöver stöd.	☐	☐	☐

18. Finns det en eller flera personer i ditt liv som uppfyller följande?

	Ja	Nej	Vet ej
Någon som finns där för mig när jag behöver prata.	☐	☐	☐
Någon som kan hjälpa mig att förstå information som är viktig för mig att känna till.	☐	☐	☐
Någon som ger mig bra råd.	☐	☐	☐
Någon som förstår mina problem.	☐	☐	☐

19. Jag har en planering för den närmaste framtiden med någon eller några av följande:

	Ja	Nej	Vet ej
Min handläggare på Försäkringkassan.	☐	☐	☐
Min handläggare på kommunen.	☐	☐	☐
Min handläggare på Arbetsförmedlingen.	☐	☐	☐
Min läkare.	☐	☐	☐
Min kontaktperson inom hälso- och sjukvården (någon annan än min läkare)	☐	☐	☐
Min kontaktperson inom ett särskilt samordningsprojekt som jag deltar i för att eventuellt få en avlönad anställning eller komplettera mina studier.	☐	☐	☐

20. Vilken av följande sammanfattar bäst den planering du har med Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och/eller kommunen?

- ☐ Jag kommer att fortsätta vara sysselsatt genom min dagliga verksamhet hos kommunen.
- ☐ Planeringen är att söka en avlönad anställning.
- ☐ Planeringen är att vidareutbilda mig.
- ☐ Min sjukdom eller skada hindrar mig från att delta i någon utbildning eller sysselsättning.
- ☐ Vet ej.

21. Upplever du att din handläggare på Försäkringskassan har varit aktiv och samordnat insatserna som gjorts för dig?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

22. Finns det något mer du vill framföra eller någon särskild fråga du vill kommentera?

- ☐ Nej
- ☐ Ja. Berätta på de tomma raderna här nedanför.

Bilaga 5 Enkäturval och Bortfallsanalys

Enkäturval

I maj 2012 skickades två postala enkäter ut från Försäkringskassan. En till personer med aktivitetsersättning och en till personer som tidigare haft aktivitetsersättning. Sammanlagt skickas ca 8 500 enkäter till personer med pågående (enkät 1) och avslutad aktivitetsersättning (enkät 2) under maj 2012. Urvalet till enkätstudien är påverkat av en strävan att dels motsvara aktstudien som utförts inom ramen av regeringsuppdraget³⁸, dels motsvara dagens sammansättning av personer inom aktivitetsersättning men också exkludera de personerna som övergått i sjukersättning.

Pågående ersättning:

- Individer – ca 4 000 – som i oktober 2010 haft aktivitetsersättning i minst 365 dagar och som fortfarande hade pågående ersättning i mars/april 2012. Dessa betraktas som pågående ärenden.
- Individer – ca 2 300 – som i mars/april 2012 haft aktivitetsersättning i minst 365 dagar men som inte fanns bland dem i första gruppen. Dessa betraktas som pågående ärenden.

Avslutad ersättning:

- Individer – ca 2 300 - som i oktober 2010 haft aktivitetsersättning i minst 365 dagar men som under i mars/april 2012 varken hade aktivitetsersättning eller sjukersättning. Individerna hade inte heller fyllt 29 år och hade därför inte lämnat ersättningen p.g.a. åldersskäl. Dessa betraktas som avslutade ärenden.

En mer detaljerad urvalsbeskrivning följer nedan.

³⁸ Svar på regeringsuppdrag 2012-03-30 (Dnr 69161/2011) Aktstudie bilaga 2

Pågående ersättning

Enkäten till individer med pågående aktivitetsersättning skickade till två huvudgrupper enligt ovan. Urvalet till första gruppen genomfördes genom att ta fram de individer som haft aktivitetsersättning p.g.a. nedsatt arbetsförmåga under oktober 2010 samt att den aktuella perioden, mätt från oktober 2010, varit minst 365 dagar. Hela populationen bestod av 18 822 individer från vilket 2 400 individer togs fram med obundet slumpmässigt urval. Enligt tabell 1 (grupp a) uppfyllde 1788 av de 2400 individerna även kravet att ha en pågående ersättning i mars/april 2012. Till de 1 788 individerna togs ytterligare 2 500 individer fram genom obundet slumpmässigt urval av de kvarstående 12 217 individerna vilket gav en urvalsgrupp på 4 288 individer.

Vidare hämtades data på de individer som hade aktivitetsersättning p.g.a. nedsatt arbetsförmåga under mars 2012 samt att under den aktuella perioden haft aktivitetsersättning i minst 365 dagar. Av dessa 18 746 individer (mars 2012) återfanns 4 915 individer inte i den tidigare urvalspopulationen från oktober 2010. Från dessa 4 915 individer togs 2 500 fram genom obundet slumpmässigt urval för att ingå i undersökningen.

Tabell 1: Fördelning på oktober 2010 urvalspopulation samt urval

Grupp	Beskrivning av gruppen	Alla i urvalsramen	Exklusive de som ingick i urvalet	Ingick i urvalet okt 2010
A	Individen har inte fått sjukersättning efter aktivitetsersättningen och erhållit ersättning för mars/april 2012	14 005	12 217	1 788
B	Individen har inte fått sjukersättning efter aktivitetsersättning och inte erhållit ersättning för mars/april 2012	2 631	2 290	341
C	Individen har fått sjukersättning efter aktivitetsersättning och erhållit ersättning för mars/april 2012	2 133	1 867	266
D	Individen har fått sjukersättning efter aktivitetsersättningen men inte erhållit ersättning för mars/april 2012	53	48	5
Totalt		18 822	16 422	2 400

Detta gav en totalt en pågåendegrupp på 6 788 individer, se tabell 2. De individer som ej hade korrekt adress eller hade avlidit, utvandrat eller haft sekretessmarkering togs bort. Även de individer som skulle medverka i Försäkringskassans kundundersökning togs bort. Efter bearbetningarna kvarstod det 6 205 individer.

Tabell 2: Urvalsgrupperna uppdelade på urvalspopulation

Grupp	grupp	urvalsram	n	varav n från tidigare urval	N
I) Indviden har inte fått sjukersättning efter aktivitetsersättningen och erhållit ersättning för mars/april 2012 samt oktober 2010.	Pågående	Tidigare	4 288	1 788	14 005
II) Indviden har aktivitetsersättning för mars/april 2012 men ingick ej i grupp I).	Pågående	Nytt	2 500	-	4 915
III) Indviden har inte fått sjukersättning efter aktivitetsersättningen och inte erhållit ersättning för mars/april 2012	Avslutade	Tidigare	2 684	346	2 684
Totalt			9 472	2 134	21 604

Avslutad ersättning

Urvalet genomfördes genom att ta fram de individer som haft aktivitetsersättning p.g.a. nedsatt arbetsförmåga under oktober 2010 samt att den aktuella perioden, mätt från oktober 2010, varit minst 365 dagar. De individer som inte erhållit aktivitetsersättning eller sjukersättning under mars/april 2012 klassades som avslutade (grupp b och d i tabell 1).

Detta gav en utflödesgrupp på 2 684 individer, tabell 2. De individer som ej hade korrekt adress eller hade avlidit, utvandrat eller haft sekretessmarkering togs bort. Även de individer som skulle medverka i Försäkringskassans kundundersökning togs bort. Efter bearbetningarna kvarstod det 2 282 individer.

Bortfallsanalys

Försäkringskassan skickade i maj 2012 ut en enkät till individer med aktivitetsersättning och en enkät till individer som har avslutat en period med aktivitetsersättning.

Svarsfrekvensen var väldigt låg och uppmätte 40 procent för individerna med pågående aktivitetssättning och 28 procent för individerna med avslutad aktivitetssättning.

Tabell 3: Svarfrekvens enkätstudie

		Icke-svarande		Svarande		Totalt	
		Antal	Rad %	Antal	Rad %	Antal	%
Urval	Pågående	3721	60,0%	2484	40,0%	6205	100,0%
	Avslutad	1653	72,4%	629	27,6%	2282	100,0%

I enkätundersökningar är det minst lika viktigt att analysera de svarande som de icke-svarande då bortfallet troligtvis inte är stokastiskt. När bortfallet inte är stokastiskt blir de svarande inte representativa för den populationen i sin helhet.

En Bortfallsanalys har utförts med hjälp av registerdata från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen. Genom att jämföra de svarande och de icke-svarande med registeruppgifter kommer över- och underrepresenterade grupper identifieras och därefter kommer lämpliga vikter att användas för att motverka skevheten som bortfallet har orsakat.

Enkät 1 - Pågående Aktivitetssättning

Sammanfattning

Samtliga respondenterna viktas efter kategorisering³⁹ vilket också är variabeln som ger mest genomslag i viktningen. Utöver kategori viktas personer "Nära arbetsmarknaden" med hänsyn till inhemskt- och utlandsfödda; kvinnor med rätt till LSS viktas efter kön medan män med rätt till LSS viktas med hänsyn till kön samt diagnos. Individer i kategorin "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" vars fader har förgymnasial eller eftergymnasial utbildning viktas efter faderns utbildningsnivå. Avslutningsvis viktas individer i kategorin "Huvudsakligen Försäkringskassans

³⁹ Respondenterna kategoriseras genom registerdata från Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen. Fyra kategorier skapas; "Nära arbetsmarknaden", "Arbetsrehabiliterande åtgärder", LSS och "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar". I den sista kategorin hamnar de individer som inte är inskrivna hos Arbetsförmedlingen eller har rätt till LSS.

ansvar” vars fader har gymnasieutbildning med hänsyn till faderns utbildningsnivå samt diagnos.

Tillvägagångsätt

Bortfallsanalysen inleddes med enkla jämförelser mellan de svarande och de icke-svarande med avseende på registeruppgifter. Variablerna kategori, åldersgrupp, diagnos, inlandsfödda och faderns utbildningsnivå ger signifikanta resultat. Dock inte Kön.

Med hjälp av kategori-variabeln (se tabell 4) identifieras högst svarsfrekvens hos respondenterna med rätt till LSS, 50 procent, och är därmed överrepresenterade bland de svarande. Respondenterna inskrivna på Arbetsförmedlingen motsvara den genomsnittliga svarsfrekvensen och urvalsproportionen. Lägst svarsfrekvens, 32 procent, har respondenterna inom kategorin ”Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar”.

Två åldersgrupper skapas, 20-25 år och 25-30 år. Resultatet visar att de yngre respondenterna har något högre svarsfrekvens än de äldre.

Faderns utbildningsnivå har används som socioekonomisk bakgrundsvariabel⁴⁰. Resultatet visar att de svarande och icke-svarande är signifikant skilda i förhållande till faderns utbildningsnivå.

⁴⁰ Förtidspensionering av unga – underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Tabell 4: Kategori

	Urval "P"								
	Icke-svarande			Svarande			Total		
	Antal	Kol. %	Rad %	Antal	Kol. %	Rad %	Antal	Kol. %	Rad %
AF arbete	274	7,4%	59,7%	185	7,4%	40,3%	459	7,4%	100,0%
AF rehab	149	4,0%	58,4%	106	4,3%	41,6%	255	4,1%	100,0%
LSS	1272	34,2%	50,2%	1262	50,8%	49,8%	2534	40,8%	100,0%
Huvudsakligen FKs ansvar	2026	54,4%	68,5%	931	37,5%	31,5%	2957	47,7%	100,0%
Total	3721	100,0%	60,0%	2484	100,0%	40,0%	6205	100,0%	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

Urval "P"		
Kategori	Chi-square	191,024
	df	3
	Sig.	,000*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Urvalet har även delats in i inhemskt födda och utrikesfödda. Resultatet visar att utlandsfödda svarade i större utsträckning än inhemskt födda.

Avslutningsvis har diagnoskategorisering använts och resultatet visar att de svarande och icke-svarande är signifikant skilda i avseende på diagnos.

Kategoriseringen som baseras på registerdata från Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen går som en röd tråd genom enkätrapporten. Det är därför rimligt att även bortfallsanalysen utgår från samma utgångspunkt. Av de registeruppgifter är det även kategoriseringen som visar de största skillnaderna i avseende på svarsfrekvens. För enkäten riktad till individer med pågående aktivitetsersättning kommer utgångspunkten i bortfallsanalysen därför vara kategoriseringen av individerna enligt registerdata från Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen. Efter att ha kontrollerat för kategorisering ser resultatet något annorlunda ut. Med avseende

på kön har respondenter med rätt till LSS signifikant skild fördelning jämfört med de icke-svarande (se tabell 5).

Tabell 5: Kön mot Kategori Pearson Chi-Square Tests

	Kategori			
	AF arbete	AF rehab	LSS	Huvudsakligen FKs ansvar
	Urval "P"	Urval "P"	Urval "P"	Urval "P"
Chi-square	,002	1,438	6,090	2,570
df	1	1	1	1
Sig.	,964	,231	,014*	,109

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Faderns utbildningsnivå är signifikant för "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" där andelen med eftergymnasial utbildning är högre för de svarande än de icke-svarande respondenterna (se tabell 6). I avseende på respondenterna kategoriserade som "Nära arbetsmarknaden" hos Arbetsförmedlingen är det signifikant högre andel utlandsfödda som svarat på enkäten (se tabell 7).

Åldersgrupp är icke signifikant.

Tabell 6: Faderns utbildningsnivå mot Kategori Pearson Chi-Square Tests

	Kategori			
	AF arbete	AF rehab	LSS	Huvudsakligen FKs ansvar
	Urval "P"	Urval "P"	Urval "P"	Urval "P"
Chi-square	,368	3,863	3,070	8,101
df	2	2	2	2
Sig.	,832	,145	,215	,017*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Tabell 7: Födelseplats mot Kategori Pearson Chi-Square Tests

	Kategori			
	AF arbete	AF rehab	LSS	Huvudsakligen FKs ansvar
	Urval "P"	Urval "P"	Urval "P"	Urval "P"
Chi-square	4,102	1,045	1,560	1,987
df	1	1	1	1
Sig.	,043*	,307	,212	,159

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Inom ramen av detta uppdrag har den finaste preciseringen av diagnosstatus utgått från diagnosavsnitt. Diagnosavsnitt möjliggör en tydligare överblick av utfallet, relativt diagnoskoder, och kräver inte lika många observationer, vilket är positivt i kontexten av en enkätstudie. En negativ aspekt av att använda diagnosavsnitt är att heterogeniteteten inom diagnoskategoriseringen är stor. Endast efter att alla övriga alternativ var uttömda användes viktning med avseende på diagnos.

Diagnoskategoriseringen uppvisar signifikanta resultat för personer med rätt till LSS samt "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar".

Med avseende på diagnos ges signifikanta skillnader mellan svarande och icke-svarande män med rätt till LSS vid kontroll av kategori och kön (se tabell 5). För "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" är diagnos signifikant för personer vars fader har gymnasieutbildning givet kategori och faderns utbildningsnivå (se tabell 8).

Tabell 8: Diagnos mot Kategori och Kön Pearson Chi-Square Tests

	Kategori							
	AF arbete		AF rehab		LSS		Huvudsakligen FKs ansvar	
	Kön		Kön		Kön		Kön	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"
Chi-square	4,906	5,287	4,355	8,073	9,075	17,227	12,744	21,530
df	7	8	7	8	8	8	8	8
Sig.	,671 ^a	,726 ^{a,b}	,738 ^a	,426 ^{a,b}	,336	,028*	,121 ^b	,006*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

a. More than 20% of cells in this subtable have expected cell counts less than 5. Chi-square results may be invalid.

b. The minimum expected cell count in this subtable is less than one.

Chi-square results may be invalid.

Samtliga respondenterna viktas därmed efter kategorisering vilket även är den variabel som ger störst genomslag i viktningen. Utöver kategori viktas personer "nära arbetsmarknaden" med hänsyn till inhemskt- och utlandsfödda; kvinnor med rätt till LSS viktas efter kön medan män med rätt till LSS viktas efter kön samt diagnos. Individer i kategorin "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" vars fader har förgymnasial eller eftergymnasial utbildning kommer viktas efter faderns utbildningsnivå. Avslutningsvis viktas individer i kategorin "Huvudsakligen Försäkringskassans ansvar" vars fader har gymnasieutbildning med hänsyn till faderns utbildningsnivå samt diagnos.

Enkät 2 – Avslutad aktivitetssättning

Sammanfattning

Samtliga respondenter med avslutad aktivitetssättning viktas med avseende på "inskriva hos Arbetsförmedlingen" samt kön. Av de två variablerna är det "Arbetsförmedlingen" som får störst genomslag.

Tillvägagångssätt

Bortfallsundersökningen för personer med avslutad ersättning har samma tillvägagångssätt som för personer med pågående aktivitetsersättning. En skillnad är dock att definitionen av kategoriserings-variabeln förändras något. Personer med rätt till LSS som avslutat aktivitetsersättningen är så få att den kategoriseringen tas bort. Kvar är därmed inskrivna hos Arbetsförmedlingen, "Nära arbetsmarknaden" och "Arbetsrehabiliterande åtgärder" samt icke-inskrivna hos Arbetsförmedlingen.

Vid en enkel jämförelse mellan de svarande och de icke-svarande gav huruvida personen var inskriven hos Arbetsförmedlingen i mars 2012, kön, åldersgrupp och diagnosindelning signifikanta resultat.

För att följa den tidigare arbetsgången valdes inskriven på Arbetsförmedlingen som den viktigaste kontrollvariabeln (se tabell 9). Efter att ha kontrollerat för Arbetsförmedlingen ger kön signifikanta resultat för personer "nära arbetsmarknaden" och icke-inskrivna på Arbetsförmedlingen (se tabell 10). Nästa steg är att inkludera diagnos i analysen men bristen på observationer omöjliggör en relevant jämförelse trots att män "nära arbetsmarknaden" ger signifikanta resultat.

Därmed kommer vikterna för personer med avslutad aktivitetsersättning att utgå från inskriva på Arbetsförmedlingen samt kön. Av de två variablerna är det "Arbetsförmedlingen" som får störst genomslag.

Tabell 9: Diagnos mot Kategori och Faderns utbildningsnivå Pearson Chi-Square Tests

	Kategori											
	AF arbete			AF rehab			LSS			Huvudsakligen FKs ansvar		
	Utbildningsnivå Far			Utbildningsnivå Far			Utbildningsnivå Far			Utbildningsnivå Far		
	Förgym . Utb.	Gym. Utb.	Eftergy m. Utb.	Förgym . Utb.	Gym. Utb.	Eftergy m. Utb.	Förgym . Utb.	Gym. Utb.	Eftergy m. Utb.	Förgym . Utb.	Gym. Utb.	Eftergy m. Utb.
	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"	Urval "p"
Chi-square	9,671	9,911	9,783	6,684	8,739	16,474	11,721	12,639	13,491	7,106	30,720	10,031
Df	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10
Sig.	,470 ^{a,b}	,448 ^a	,368 ^{a,b}	,670 ^{a,b}	,557 ^{a,b}	,087 ^{a,b}	,304 ^{a,b}	,245 ^{a,b}	,198 ^{a,b}	,715	,001*	,438 ^a

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

a. More than 20% of cells in this subtable have expected cell counts less than 5. Chi-square results may be invalid.

b. The minimum expected cell count in this subtable is less than one. Chi-square results may be invalid.

Tabell 10: Kategori

Urval "A"									
	Icke-svarande			Svarande			Total		
	Antal	Kol. %	Rad %	Antal	Kol. %	Rad %	Antal	Kol. %	Rad %
Icke-AF	926	56,0%	75,3%	304	48,3%	24,7%	1230	53,9%	100,0%
AF arbete	543	32,8%	70,7%	225	35,8%	29,3%	768	33,7%	100,0%
AF rehab	184	11,1%	64,8%	100	15,9%	35,2%	284	12,4%	100,0%
Total	1653	100,0%	72,4%	629	100,0%	27,6%	2282	100,0%	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

Urval "A"		
Arbetsförmedlingen	Chi-square	14,472
	df	2
	Sig.	,001*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Tabell 11: Kategori mot Kön Pearson Chi-Square Tests

Arbetsförmedlingen				
		Icke-AF	AF arbete	AF rehab
		Urval "A"	Urval "A"	Urval "A"
Kön	Chi-square	17,180	7,813	1,077
	df	1	1	1
	Sig.	,000*	,005*	,299

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.